Psihologie

Constantin Enăchescu

TRATAT DE PSIHANALIZĂ ȘI PSIHOTERAPIE

Collegium

POLIROM

Seria *Collegium. Psihologie* este coordonată de Adrian Neculau.

Constantin Enăchescu, doctor în psihologie şi în medicină, medic primar psihiatru, este profesor universitar la Facultatea de Psihologie şi Ştiinţele Educaţiei, Universitatea din Bucureşti. Predă următoarele discipline: psihanaliză şi psihoterapie, psihosexologie, psihoigienă şi sănătate mintală, psihopatologie şi psihologie medicală.
Lucrări publicate: *Elemente de psihologie proiectivă* (Editura Ştiinţifică, Bucureşti, 1973), *Expresia plastică a personalităţii* (Editura Ştiinţifică, Bucureşti, 1975), *Psihologia activităţii patoplastice* (Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1977), *Socrate* (Casa Editorială Odeon, Bucureşti, 1994), *Neuropsihologie* (Editura Victor, Bucureşti, 1996), *Tratat de igienă mintală* (Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1996), *Experienţa vieţii interioare şi cunoaşterea de sine. De la Socrate la Freud* (Editura Fast Print, Bucureşti, 1997), *Tratat de psihanaliză şi psihoterapie* (ediţia I, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1998), *Tratat de psihopatologie* (Editura Tehnică, Bucureşti, 2001), *Tratat de psihologie morală* (Editura Tehnică, Bucureşti, 2002), *Fenomenologia nebuniei* (Editura Paideia, Bucureşti, 2003).

www.polirom.ro

Constantin Enăchescu, *Tratat de psihanaliză şi psihoterapie*

© 1998, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti
© 2003 by Editura POLIROM

Editura POLIROM
Iaşi, B-dul Carol I nr. 4, P.O. Box 266, 700506
Bucureşti, B-dul I.C. Brătianu nr. 6, et. 7, ap. 33, O.P. 37; P.O. Box 1-728, 030174

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României:

ENĂCHESCU, CONSTANTIN
Tratat de psihanaliză şi psihoterapie / Constantin Enăchescu. – Iaşi: Polirom, 2003
392 p.; 24 cm – (Collegium. Psihologie)
Bibliogr.

ISBN: 973-681-441-6

159.964.2

Printed in ROMANIA

Constantin Enăchescu

TRATAT DE PSIHANALIZĂ ȘI PSIHOTERAPIE

Ediția a II-a revăzută și adăugită

POLIROM
2003

Cuprins

Cuvânt înainte la ediţia a II-a 13

Introducere 15

Secţiunea I
PSIHANALIZA

Capitolul 1
Domeniul şi istoricul psihanalizei 21
Definiţie şi domeniu 21
Precursorii psihanalizei 27
Răsturnarea freudiană 29
Psihanaliza postfreudiană 30
Observaţii critice 31

Capitolul 2
Principiile psihanalizei 33
Problemele psihanalizei 33
Principiile psihanalizei 34
1. *Principiul constanţei* 35
2. *Principiul inerţiei neuronale* 35
3. *Principiul Nirvanei* 35
4. *Principiul plăcerii/neplăcerii* 36
5. *Principiul realităţii* 36
6. *Compulsiunea la repetiţie* 36
Omul în psihanaliză 37

Capitolul 3
Organizarea şi dinamica personalităţii. Aparatul psihic 40
Teorii referitoare la personalitate 40
Definiţia personalităţii 41
Organizarea personalităţii în psihologie 42
Organizarea personalităţii în psihanaliză 44
Mecanismele personalităţii în psihanaliză 46
Dinamica formării personalităţii în psihanaliză 48

Capitolul 4
Inconştientul şi pulsiunile 51
Inconştientul 51
Pasiunile 53
Pulsiunile 55
Clasificarea şi descrierea pulsiunilor 58
Relaţia pasiuni-pulsiuni 62

Capitolul 5
Eul şi mecanismele Eului 63
Eul în psihanaliză 64
Mecanismele de apărare ale Eului 66
Frustrare şi conflict 69
Supra-Eul 70
Persoana ca mască 72

Capitolul 6
Conduita şi sensurile actelor persoanei. Viaţa cotidiană 74
Delimitarea cadrului 74
Aspectele şi elementele constitutive ale conduitei 75
1. *Motivaţia* 75
2. *Etalonarea conduitei* 76
3. *Căutarea mijloacelor* 76
4. *Obiectele* 76
5. *Frustrarea* 76
6. *Descărcarea şi apărarea* 77
Viaţa cotidiană 78
Modelul de viaţă şi psihanaliza 80

Capitolul 7
Complexele, arhetipurile şi simbolistica sufletului 83
Complexele 83
Definiţia complexelor 84
Caracteristicile complexelor 85
Tipurile de complexe 85
1. *Complexul de castrare* 86
2. *Complexul de inferioritate* 86
3. *Complexul de superioritate* 86
4. *Complexul de culpabilitate* 87
5. *Complexul Oedip* 87
6. *Complexul Electra* 87
7. *Complexul patern* 87
8. *Complexul lui Adam* 89
Arhetipurile 91
Clasificarea arhetipurilor 91
Simbolica sufletului 96

Capitolul 8
Somnul şi visele 108
Somnul şi viaţa psihică 108
Visul 109
Structura visului 111
Semnificaţia şi interpretarea viselor 113
1. *Metoda lui S. Freud* 113
2. *Metoda lui C.G. Jung* 113

Capitolul 9
Raportul corp-suflet în psihanaliză 120
Aspecte generale 120
Corelaţii somatopsihice 122
Raportul corp-suflet în psihanaliză 123
Psihonevrozele 124
Descrierea psihonevrozelor 125
Psihozele 127
Perversiunile 127
Conduitele criminale 127
Tulburările somatice în psihanaliză 128
1. *Conversiunea isterică* 129
2. *Nevrozele vegetative* 130
Interpretarea psihanalitică a mecanismelor patogenetice 131

Capitolul 10
Tipurile psihologice 133
Tipurile culturale 133
Tipurile în psihanaliză 136
Clasificările tipologice în psihanaliză 137
1. *Caracterologia lui S. Freud* 137
2. *Caracterologia relaţiilor voluntare* 138
3. *Tipurile caracterologice ale lui L. Szondi* 138
4. *Alte tipuri în psihanaliză* 138

Capitolul 11
Psihanaliza şi ştiinţele umane 140
Aspecte generale 140
Aspecte particulare 141
1. *Psihanaliza şi arta* 141
2. *Psihanaliza, religia şi mitologia* 142
3. *Psihanaliza şi viaţa socială* 144
4. *Psihanaliza şi familia* 145

Capitolul 12
Psihanaliza şi educaţia 146
Educaţia în familie 146
1. *Influenţa tatălui* 146

2. *Influenţa mamei* 147
3. *Influenţa cuplului familial* 148
Educaţia şi şcoala 149
1. *Elevul* 149
2. *Educatorul* 149
3. *Actul de educaţie* 150
4. *Situaţia oedipiană în şcoală* 150
5. *Consecinţele absenţei situaţiei oedipiene* 153
6. *Conflicte şi frustrări* 154
Frustrările grave 155
Fixare şi regresiune 156
1. *Tipul de copil în sfera educaţiei* 157
Psihologia pedepsei 157

Capitolul 13
Psihanaliza şi cultura 160
Cadrul problemei 160
Mecanismele formării culturii 162
Psihanaliza culturii 164
Aspecte antropoculturale 168

Capitolul 14
Psihanaliza comunităţilor umane şi a conduitelor colective 171
Cadrul general al problemei 171
Liderul şi comunităţile umane 173
Coordonate psihologice şi manifestări colective 174
Semnificaţia psihanalitică a statului şi a dreptului 178

Capitolul 15
Domeniul psihanalizelor (curente şi variante) 181
Aspecte generale 181
Clasificarea psihanalizelor 183
Prezentarea psihanalizelor (tipuri şi variante) 185
1. *Psihanalizele nonfreudiene* 185
2. *Psihanalizele copilului* 188
3. *Variante ale psihanalizei* 189
4. *Psihanalizele americane* 189
5. *Freudo-marxismul* 190
6. *Psihosomatica* 190
7. *Psihanaliza artei* 190
8. *Interferenţele psihanalizei* 191

Capitolul 16
Critica teoriei psihanalitice 192
Postulate generale 192
Poziţii contestatare 194
Homo psihanaliticus 195
Imaginea psihanalizei 197

Secţiunea a II-a

PSIHOTERAPIA

Capitolul 17

Domeniul şi istoricul psihoterapiei 203

Originea unor concepte 203

Definiţia psihoterapiei 205

Aspectele psihoterapiei 206

1. *Obiectul psihoterapiei* 206
2. *Situaţia terapeutică* 208
3. *Tehnica terapeutică* 208
4. *Adresabilitatea psihoterapiei* 209

Istoricul psihoterapiei 209

1. *De la Pinel la Freud* 211
2. *Descoperirea psihanalizei de către Freud* 213
3. *Etapa contemporană* 215

Capitolul 18

Obiectivele şi principiile psihoterapiei 216

Aspecte generale 216

Formele de vindecare psihoterapeutică 217

Mecanismele psihoterapiei 219

Principiile psihoterapiei 219

1. *Principiul flexibilităţii* 220
2. *Principiul experienţei emoţionale corective* 220
3. *Principiul transferului* 220
4. *Principiul estimării prognostice* 221
5. *Principiul planificării* 221
6. *Principiul dinamic* 221

Problema relaţiei terapeutice medic-bolnav 221

1. *Susţinerea afectivă* 221
2. *Susţinerea intelectuală* 222
3. *Descărcarea emoţională* 222
4. *Alte măsuri* 222

Clasificarea formelor de psihoterapie 222

Capitolul 19

Climatul psihoterapeutic. Relaţia medic-bolnav 224

Cadrul terapeutic 224

Climatul terapeutic 226

Medicul şi pacientul 227

Faptul psihoterapeutic 229

Capitolul 20

Psihoterapia analitică freudiană (introducere în tehnica psihanalitică) 232

Cadru general 232

Relaţia psihanalitică 233

Materialul psihanalitic 235
Utilizarea materialului psihanalitic 238

Capitolul 21
Cura psihanalitică clasică 240
Aspecte generale 240
Modalitatea de desfăşurare a curei psihanalitice 241
1. *Primele contacte* 241
2. *Condiţiile exterioare ale curei* 241
3. *Modul de desfăşurare a curei* 242
Regula fundamentală 242
Rezistenţele 243
Transferul 244
Mecanismele de vindecare 244
Domeniul psihoterapiilor 248
1. *Psihoterapiile individuale verbale* 249
2. *Psihoterapiile bazate pe acţiune* 250
3. *Psihoterapiile corporale* 250
4. *Psihoterapiile de grup* 250
5. *Psihoterapiile nivelurilor de conştiinţă* 250
6. *Psihoterapiile de condiţionare, învăţare şi comportamentale* 252

Capitolul 22
Discursul psihanalitic 253
Cadrul general al problemei 253
Natura discursului psihanalitic 254
Originea naraţiunii 255
Câmpul epistemic al naraţiunii 256
Structura textului narativ 257

Capitolul 23
Psihoterapiile de inspiraţie psihanalitică 266
Aspecte generale 266
Formele de psihoterapie 267
1. *Psihoterapiile analitice* 267
2. *Psihoterapiile scurte sau focale* 269
3. *Psihoterapiile analitice de grup* 270

Capitolul 24
Psihoterapiile bazate pe sugestie 271
Aspecte generale 271
Definiţie, mecanisme, tipuri 272
Mecanismul de acţiune a efectului placebo 276

Capitolul 25
Psihoterapiile de susţinere şi comportamentale 283
Aspecte generale 283

Psihoterapiile de susţinere 283
Metodele de relaxare 284
Psihoterapiile comportamentale 286
Principiile generale ale terapiilor comportamentale 287

Capitolul 26
Psihoterapiile de grup 289
Aspecte generale 289
Principiile generale ale psihoterapiei de grup 290
Organizarea şi activitatea grupelor terapeutice 290
Modul de desfăşurare şi mecanismele psihoterapiei de grup 291
Tipurile de psihoterapii de grup 292

Capitolul 27
Psihoterapiile de expresie psihomotorie şi dramatică 295
Cadrul general al problemei 295
Istoricul psihodramei 297
Domeniul şi caracteristicile psihodramei 297
Aspectele tehnico-metodologice ale psihodramei 298
Tipurile de psihodramă 299

Capitolul 28
Psihoterapiile ocupaţionale 302
Definiţie şi cadru general 302
Organizarea activităţii terapeutice 303

Capitolul 29
Curentul de psihoterapie umanistă 309
Problema „umanismului psihiatric" 309
Formele de psihoterapie moral-umanistă 311
Tehnicile de terapie umanistă 313

Capitolul 30
Psihoterapiile instituţionale şi socioterapiile 316
Origine şi definiţie 316
Instituţii patogene 317
Practica terapiei instituţionale 318

Capitolul 31
Psihoterapia afecţiunilor psihosomatice 319
Aspecte generale 319
Aspectele psihoterapeutice ale bolilor psihosomatice 320
Relaţia medic-bolnav în afecţiunile psihosomatice 322

Capitolul 32
Consilierea 324
Definiţie, domeniu, caracteristici 324

Modalităţile de acţiune ale consilierii 326
Relaţia sfătuitor-client 328

Capitolul 33
Profesiunea de psihanalist şi psihoterapeut 333
Cadrul problemei 333
Alegerea profesiunii de psihanalist şi psihoterapeut 334
Caracteristici şi tipuri 336
Rolurile profesionale 339
Identitatea psihoterapeutului 340

Secţiunea a III-a
ANTROPOLOGIA PSIHANALITICĂ

Cadrul general 345
Temele antropologiei psihanalitice 346
1. *Natura umană şi sensul destinului* 346
2. *Conflict şi inadaptare. Omul nevrozat* 351
3. *Angoasă şi culpabilitate* 353
4. *Sadism şi masochism* 355
5. *Închiderea narcisică* 357
6. *Supraevaluare şi frustrare* 358
7. *Acordul interuman* 360
8. *Semnificaţia antropologică a psihoterapiei* 361
9. *Omul ca ideal* 363
10. *Psihanaliza ca* Weltanschauung 365
Semnificaţia psihanalizei 367
1. *Decorul* 367
2. *Personajele* 368
3. *Acţiunea* 368

Bibliografie selectivă 371

Glosar de termeni 377

Traité de psychanalyse et psychothérapie (Résumé) 387

Cuvânt înainte la ediţia a II-a

Interesul crescut pentru psihanaliză şi psihoterapie, precum şi necesitatea oferirii unui cadru teoretico-didactic propriu de orientare şi formare în aceste domenii m-au determinat să revăd şi să completez prima ediţie a *Tratatului de psihanaliză şi psihoterapie*, pe care-l prezint astăzi într-o nouă versiune.

Fiind dedicată în primul rând studenţilor de la Facultatea de Medicină şi cea de Psihologie şi Ştiinţele Educaţiei, precum şi studenţilor de la Sociologie, Pedagogie, Filosofie, Drept, dar şi celor care doresc să se specializeze în domeniile psihanalizei şi psihoterapiei, noua ediţie revăzută şi adăugită reprezintă un îndreptar de bază, de la care aceştia pot înainta în formarea lor în domeniile respective.

Deşi modalitatea de tratare a temelor, precum şi planul de organizare a tratatului au fost menţinute, s-au adus numeroase completări primei ediţii a cărţii, sperându-se astfel ca aceasta să reprezinte un autentic tratat de studiu universitar, care să corespundă interesului şi exigenţelor intelectuale ale celor ce se vor apleca asupra lui.

Dincolo însă de caracterul său de tratat de studiu universitar, lucrarea poate fi un real instrument de orientare în domeniile psihanalizei şi psihoterapiei pentru orice om de cultură, pentru cercetătorii ştiinţifici în domeniu, pentru profesori sau psihologi practicieni, pedagogi, psihopedagogi, sociologi, medici etc.

Ca şi în cazul primei ediţii, actuala versiune a tratatului este dedicată studenţilor mei de la Facultatea de Psihologie a Universităţii din Bucureşti şi cea a Universităţii „Ovidius" din Constanţa, care, cu entuziasmul tinerese şi inteligenţa lor vie, au manifestat un interes deosebit pentru psihanaliză, văzând în aceasta un veritabil şi specific *model de a gândi* persoana umană şi de *a vedea* dincolo de manifestările sale obiective, directe, frământările şi metamorfozele sufletului omenesc, pe care caută să le înţeleagă.

În încheiere, doresc să exprim sentimentele mele de aleasă gratitudine Editurii Polirom pentru modul deschis în care a acceptat apariţia acestei versiuni a *Tratatului de psihanaliză şi psihoterapie*.

Autorul

Bucureşti, mai, 2003

Introducere

Psihanaliza reprezintă astăzi, incontestabil, unul dintre domeniile cele mai interesante şi importante ale *ştiinţelor umane*.

Apărută în urmă cu 100 de ani, la sfârşitul secolului al XIX-lea, în sfera medicinei, când se înfăţişa ca „o nouă doctrină psihologică" şi „o nouă formă de tratament al bolilor psihice", psihanaliza s-a dezvoltat continuu, impunându-se în final ca un domeniu nou, bine conturat, în psihologie şi psihiatrie.

Creaţie a lui Sigmund Freud, psihanaliza s-a dorit a fi, la originea sa, o nouă metodă de investigaţie a vieţii psihice şi o nouă formă de tratament al bolilor mintale. Ulterior însă, prin dezvoltarea cercetărilor şi antrenarea unui mare număr de valoroşi colaboratori în acest domeniu, S. Freud extinde rezultatele psihanalizei dincolo de simpla şi exclusiva investigare a bolilor psihice şi la alte domenii.

Dacă, iniţial, ca intenţie, psihanaliza este un nou mod de a vedea şi de a înţelege viaţa sufletească, ea îşi extinde această sferă de interese asupra *omului*, cuprinzând toate domeniile umanului, care sfârşesc prin a o transforma într-o veritabilă psiho-antropologie, integrată ştiinţelor umane.

O dată cu aceasta, se vor diferenţia două mari direcţii în interiorul psihanalizei. Pe de o parte, o *direcţie doctrinară*, pur teoretică, de interpretare şi explicare a omului ca „fenomen uman" complex, sub multiplele sale aspecte: psihologic, social, moral, cultural, religios, familial, istoric etc. Pe de altă parte, o *direcţie medico-terapeutică*, pur practică, de formare a personalităţii umane, restaurare şi psihoterapie specifică a bolilor psihice, sub numeroase aspecte: medical, terapeutic, pedagogic, psihopedagogic etc.

Se poate afirma faptul că la începutul secolului XX, mai exact în primele sale două decenii, psihanaliza freudiană era un domeniu ştiinţific complet constituit în ceea ce priveşte fundamentele sale.

Din acest moment, prin pătrunderea sa în toate domeniile ştiinţelor umane, psihanaliza începe să se impună ca un *model de gândire* nou, original în ceea ce priveşte modul de a înţelege omul, faptele umane (acţiuni, comportamente şi produse ale creaţiei umane), lumea şi societatea sub multiplele lor aspecte (morală, cultură, religie, arte, relaţii umane, familie etc.).

Putem spune, fără să exagerăm, că psihanaliza se transformă în raport cu obiectivele sale iniţiale într-o veritabilă *doctrină umanistă*. Ea invită la reflecţie, dar şi la restructurare, la o nouă evaluare a obiectului ştiinţelor umane, înfăţişându-se ca o formă de gândire cu virtuţi metodologice noi şi originale.

Dar, dincolo de aspectele doctrinare şi metodologice speculative din sfera ştiinţelor umane, psihanaliza continuă să-şi consolideze poziţia de metodă specifică de tratament al bolilor psihice în medicină, în special în psihiatrie.

Psihoterapia se impune definitiv ca o formă originală şi complexă de terapie, cu largă aplicabilitate în *bolile psihice*, dar şi în *patologia psihosomatică*, precum şi în sfera unei discipline medicale noi, care se constituie în prezent, şi anume *psihologia medicală*. Însă, concomitent cu aceste obiective practice, de terapie pur medicală, psihanaliza îşi extinde sfera de acţiune şi în domeniul ştiinţelor educaţiei, în direcţia formării individului, începând să se diferenţieze ramuri noi, de tipul: psihanaliza copilului, psihanaliza adolescentului, psihoterapia individuală sau de grup, psihoterapia familiei etc.

De la medicină la pedagogie, psihoterapia analitică se impune ca o metodă suplă şi eficientă, căutată şi utilizată pe o scară largă de specialişti dintre cei mai diferiţi.

Această evoluţie a psihanalizei a avut consecinţe diferite. Pe de o parte, ea s-a impus ca un tip de mentalitate şi ca o metodă de investigare în sfera ştiinţelor umane, iar pe de altă parte, a dat naştere la confruntări de opinii dintre cele mai variate, care *au avut ca urmare „desprinderea" din trunchiul psihanalizei freudiene a unor curente* disidente, reprezentând noi *psihanalize nefreudiene*, diferenţiate atât din punct de vedere doctrinar, cât şi ca orientare practică.

Aceste dispute din planul teoretic s-au reflectat însă şi în sfera practică a psihanalizei.

Dacă, din punct de vedere terapeutic, psihanaliza reprezentată prin „cura clasică" propusă de S. Freud constituie fundamentul metodologic şi modelul psihoterapiei, şi în acest domeniu vom asista la o mare proliferare a metodelor de tratament medical, psihiatric, pedagogic etc.

Important însă, dincolo de confruntările doctrinare, rămâne faptul că *psihanaliza*, ca teorie despre viaţa psihică şi bolile mintale, este inseparabilă de *psihoterapie*, ca metodă practică de restaurare a echilibrului psihic, moral sau psihosomatic în cazul existenţei unor tulburări de ordin psihopatologic, conflictual, de dezvoltare şi formare a personalităţii sau de un alt tip.

Ca şi doctrina psihanalitică, psihoterapia a cunoscut o dezvoltare considerabilă atât în planul teoretic al atitudinii terapeutice, ca modalitate de „a gândi" echilibrul sau dezechilibrul psihic, cât şi în planul practic, ca tehnică de tratament.

Influenţa psihanalizei ca model de gândire asupra psihoterapiei este atât de mare încât, practic, astăzi separarea celor două domenii pare de neconceput. Şi chiar dacă întâlnim studii separate de *psihanaliză* sau de *psihoterapie*, acestea fac apel una la cealaltă, subliniind astfel legătura dintre ele ca fapt indispensabil înţelegerii ştiinţifice.

Deşi au dobândit statut de discipline bine individualizate, *psihanaliza* şi *psihoterapia* sunt legate între ele, prima reprezentând domeniul bazelor doctrinare-teoretice, iar cea de-a doua, domeniul activităţii practice. Ele sunt legate, în ultimă instanţă, prin aceeaşi concepţie despre om.

* * *

Orice lucrare de psihanaliză nu poate să se limiteze la aspectele exclusiv teoretice, doctrinare ale acesteia. Ea trebuie, în egală măsură, să facă cel puţin referinţe la domeniile sale practice, dintre care cel mai important este reprezentat de psihoterapie.

Pe aceste considerente, credem că cea mai justificată prezentare a problemelor psihanalizei şi psihoterapiei trebuie să se înfăţişeze sub forma unui studiu sintetic, unic. Acesta va reprezenta cuprinderea în acelaşi orizont a ambelor discipline prin ceea ce au ele în comun, în primul rând *cunoaşterea vieţii psihice* normale şi patologice şi, în al doilea rând, *formarea şi restaurarea terapeutică* a persoanei.

Pornind de la aceste aspecte, am conceput prezentul *Tratat de psihanaliză şi psihoterapie* îndeosebi ca pe un instrument de formare didactică şi de studiu destinat studenţilor, dar şi specialiştilor care sunt interesaţi de cunoaşterea problemelor teoretice ale psihanalizei, precum şi de activitatea practică de psihoterapie.

Deşi literatura ştiinţifică de specialitate abundă într-un volum impresionant de publicaţii de psihanaliză şi de psihoterapie, necesitatea unui tratat care să expună sintetic principiile şi să explice direcţiile principale ale problemelor de psihanaliză şi psihoterapie este stringentă, cu atât mai mult cu cât din literatura românească consacrată acestor domenii lipseşte un asemenea studiu.

Un *Tratat de psihanaliză şi psihoterapie* urmăreşte, în primul rând, să ofere un instrument de studiu şi de formare în acest domeniu, dar, în acelaşi timp, să unifice punctele de vedere atât de diferite care se confruntă. În egală măsură, această lucrare se adresează unui larg cerc de specialişti, începând cu studenţii şi terminând cu personalul în formare sau cu profesioniştii. Faptul este cu atât mai important, cu cât în psihanaliză „au intrat" numeroase persoane a căror formaţie nu este nici medicală şi nici psihologică; din acest motiv, o lucrare care să precizeze obiectul, cadrele, principiile teoretice şi metodele practice, scopul urmărit de psihanaliză şi psihoterapie se impune cu necesitate.

Deşi este un domeniu tentant, aparent la îndemâna oricărui om de cultură, psihanaliza şi în special psihoterapia aflate în mâna unor persoane neautorizate prin prisma formaţiei profesionale de bază pot duce la grave erori în plan teoretic şi la consecinţe şi mai nedorite în cazul utilizării practice.

Accesul la psihanaliză şi la practica psihoterapiei este posibil numai dacă, în prealabil, cel care doreşte „să se formeze" în aceste domenii are o solidă pregătire şi practică medicală şi/sau psihologică, considerate ambele ca indispensabile. Din aceste motive, introducerea studiului psihanalizei şi al psihoterapiei în învăţământul universitar şi postuniversitar medical şi psihologic se impune ca o necesitate practică absolută.

În egală măsură însă, practicarea psihanalizei de către persoanele autorizate, medici sau psihologi, poate asocia pedagogi, psihopedagogi, sociologi şi etnografi, filologi, filosofi, jurişti etc. Trebuie să vedem în aceste „asocieri" ale medicului sau psihologului cu alte categorii de specialişti o lărgire a colaborării, în cadrul căreia însă poziţia directoare aparţine întotdeauna personalului de strictă specialitate, medicii sau psihologii. Lucrarea de faţă este concepută pentru a putea răspunde acestor cerinţe. Ea are un caracter didactic şi este structurată în trei mari secţiuni.

Prima secţiune tratează problemele teoretice ale doctrinei psihanalitice, vizând *următoarele aspecte: domeniul şi principiile psihanalizei, organizarea sistemului personalităţii în psihanaliză, descrierea instanţelor personalităţii* (inconştientul, subconştientul, Eul conştient şi Supra-Eul), *complexele, arhetipurile şi simbolistica sufletului, tipurile psihologice, somnul şi visele, relaţiile psihanalizei cu alte domenii ale ştiinţelor umane* (arta, cultura, religia, educaţia, societatea etc.).

Secţiunea a doua tratează aspectele practic-aplicative ale psihanalizei reprezentate prin psihoterapie şi se referă la următoarele probleme: *domeniul, obiectivele şi principiile psihoterapiei, climatul psihoterapeutic, cura psihanalitică clasică, formele tehnicilor de psihoterapie, raporturile psihoterapiei cu alte forme de terapie, consilierea, profilul profesional al psihanalistului psihoterapeut.*

Cea de-a treia secţiune este consacrată antropologiei psihanalitice. Aceasta reprezintă concluzia teoretică şi practică a doctrinei psihanalitice, redată într-o formă succintă, în care sunt analizate principalele teme ce fac obiectul său, şi anume: *natura umană şi sensul destinului, conflict şi inadaptare, angoasă şi culpabilitate, sadism şi masochism, închiderea narcisică, supraevaluare şi frustrare, acordul interuman, omul ca ideal.*

* * *

Prezentul *Tratat de psihanaliză şi psihoterapie* reprezintă cursul pe care îl predau studenţilor de la Psihologie din cadrul Facultăţii de Sociologie-Psihologie-Pedagogie a Universităţii din Bucureşti. Lucrarea a fost elaborată în decursul anilor, utilizând în acest scop surse bibliografice importante din domeniile psihanalizei şi psihoterapiei şi, în primul rând, lucrările fundamentale (S. Freud, C.G. Jung, A. Adler, W. Stekel, O. Rank, K. Horney, A. Freud, F. Alexander, D. Lagache, J. Lacan etc.). În plus, le-am adăugat rezultatele experienţei personale în domeniile respective, ilustrate prin cazuistica inserată în textul tratatului, în scopul ilustrării tezelor la care facem referinţă.

Lucrarea de faţă, construită după o schemă didactică, este, în primul rând, un instrument de studiu şi de formare intelectuală în acest domeniu, fără pretenţia de a fi epuizat problematica. Ea se adresează studenţilor de la facultăţile de medicină şi de psihologie, precum şi absolvenţilor care urmează studii postuniversitare în specialităţile respective. Dar, în egală măsură, lucrarea noastră poate servi ca instrument de studiu şi orientare pentru orice intelectual sau specialist în ştiinţele umane care ar fi interesat de psihanaliză şi psihoterapie, găsind aici răspuns la întrebările pe care şi le pune în legătură cu aceste domenii.

Ultimul gând îl rezerv studenţilor mei, cu îndemnul de a se apleca asupra problemelor ridicate de psihanaliză şi psihoterapie pentru a acumula cât mai multe idei teoretice, dar şi abilităţi practice care să le servească drept instrumente în viitoarea lor activitate.

Autorul

Bucureşti, octombrie, 1998

Secţiunea I

PSIHANALIZA

Prima secţiune tratează aspectele teoretice fundamentale ale psihanalizei. Sunt expuse şi analizate originea şi domeniul psihanalizei, precursorii acesteia, precum şi modalitatea de constituire a ei ca disciplină independentă.

În continuare, este descrisă organizarea aparatului psihic în concepţia psihanalizei (inconştient, subconştient, Eul conştient şi Supra-Eul), precum şi principiile acesteia. Dinamica vieţii psihice este prezentată în analiza vieţii cotidiene. Apoi, sunt studiate complexele şi arhetipurile în raporturile lor cu limbajul simbolic al inconştientului, acordându-se un spaţiu important somnului şi analizei viselor.

Raportul „corp/suflet" deschide perspectivele înţelegerii lărgite a unei psihologii dinamice, fiind completat de prezentarea tipurilor psihologice.

Ultimele capitole sunt consacrate relaţiei psihanalizei cu alte discipline, cum ar fi: ştiinţele umane, educaţia, cultura şi arta, religia şi morala, precum şi interpretarea psihanalitică a fenomenelor şi conduitelor colectivităţilor umane.

În încheiere, sunt analizate sintetic curentele psihanalitice şi variantele lor, mişcările disidente din sfera psihanalizei, precum şi criticile care sunt aduse acestei doctrine.

Capitolul 1

Domeniul şi istoricul psihanalizei

Definiţie şi domeniu

Psihanaliza este metoda instituită de S. Freud care are ca obiect cunoaşterea profundă a vieţii sufleteşti a omului atât în starea de normalitate psihică, cât şi de boală, în scopul instituirii, în cel de-al doilea caz, a măsurilor adecvate de terapie.

În lucrarea sa *Cinci lecţii asupra psihanalizei*, S. Freud menţionează cazul unei bolnave de isterie cu tulburări neurologice şi somatice (hemiplegie, disfonie, somnambulism) pe care a tratat-o prin hipnoză. Ulterior, în faza posthipnotică, erau rediscutate evenimentele trăite în trecut de către pacientă şi care aveau pentru aceasta o valoare psihotraumatizantă, în directă legătură cu tabloul clinic actual. Discuţia medicului cu bolnava a realizat, printr-un proces de asociaţie şi conştientizare a acestei legături, o amendare completă a simptomatologiei clinice. Bolnava a numit acest procedeu terapeutic neobişnuit „tratamentul prin conversaţie" (*talking cure*) sau de „curăţire a hornurilor" (*chimney sweeping*). S. Freud pune la baza acestui proces de vindecare mecanismul de *catharsis*, un procedeu care goleşte sau curăţă viaţa psihică a individului de un conţinut patologic conflictual de factură psihotraumatizantă, trăit anterior şi exprimat actual prin tabloul clinic respectiv.

Putem considera că această observaţie clinică reprezintă punctul de plecare al studiilor de psihanaliză.

D. Lagache, referindu-se la conţinutul şi obiectivele psihanalizei, face următoarea sinteză a problemei:

a) psihanaliza reprezintă o metodă de investigaţie a proceselor psihice;
b) ea este o tehnică de tratament a tulburărilor nevrotice;
c) este o doctrină de cunoaştere psihologică, morală şi culturală a omului şi a societăţii, având virtuţi de explicare a semnificaţiilor acestor domenii.

Metoda psihanalizei nu constă din interogarea bolnavului, ci din analiza discursului său, unul cât mai liber posibil, neinfluenţat şi nedirijat de către o altă persoană, în scopul obţinerii unei expresii spontane a gândirii subiectului, reprezentând confidenţele acestuia.

În acest sens, metoda psihanalizei vizează următoarele obiective:

- subiectul să ia cunoştinţă de originile reale ale suferinţelor sale intime, să le înţeleagă pe măsură ce le evocă, începând cu cele mai îndepărtate evenimente ale copilăriei sale până în prezent;

- să le retrăiască într-o situaţie actuală concretă împreună cu analistul, printr-un proces de transfer afectiv. Aceasta reprezintă tehnica liberei asociaţii, care se completează cu analiza viselor pacientului.

Evoluând în această direcţie, psihanaliza a dus la descoperirea unor aspecte noi, deosebit de interesante, şi anume:

- sexualitatea infantilă;
- complexul Oedip şi relaţia sa cu comportamentul sexual al adultului;
- rolul fundamental al sexualităţii în geneza nevrozelor şi a psihozelor.

Pornind de la datele de observaţie practică a bolnavilor săi, cu ajutorul metodelor mai sus menţionate, S. Freud a creat *teoria psihanalizei*, care comportă următoarele elemente constitutive:

- existenţa unei instanţe a personalităţii denumite *inconştient* şi care este depozitara pulsiunilor sau a tendinţelor instinctive primare. Aceste pulsiuni sunt, după S. Freud, de două feluri. Unele provin din „instinctul de viaţă" (Eros), a cărui energie denumită libido reprezintă elanul sexual, iar celelalte provin din „instinctul de moarte" (Thanatos), care este orientat către agresivitate şi distrugere;
- existenţa unei instanţe reprezentată de *Eul conştient* şi actual, în relaţie directă cu mediul familial (în perioada copilăriei) şi cu mediul social (în cursul vieţii individului);
- prezenţa între cele două instanţe a unei zone intermediare, denumită *subconştient* sau preconştient, cu rolul de cenzură, de reglare dinamică a procesului de exteriorizare a pulsiunilor inconştientului în sfera Eului conştient.

Pornind de la analiza cazului Ana O., la care se referă în lucrarea sa *Cinci lecţii de psihanaliză*, S. Freud ajunge la următoarele concluzii, cu valoare atât medicală, cât şi psihoterapeutică:

a) existenţa unui psihism inconştient, în interiorul căruia individul înmagazinează propriile sale experienţe;
b) intervenţia acestei sfere, denumită inconştient, în viaţa conştientă sub formă de conflicte, complexe, simptome clinice;
c) aceste intervenţii ale inconştientului în sfera conştientă se transformă în comportamente şi acţiuni, având la bază motivaţiile fictive ale inconştientului sau pulsiunile acestuia.

Pe baza acestor concluzii, S. Freud construieşte o schemă generală de organizare a aparatului psihic uman, formată, aşa cum am menţionat deja, din următoarele trei instanţe:

a) *Inconştientul*, reprezentând prima şi cea mai veche dintre instanţele personalităţii, este depozitarul tuturor pulsiunilor noastre.
b) *Eul conştient*, apărut ca un „înveliş cortical" sub influenţa factorilor educaţionali şi a modelului familial în perioada copilăriei şi, ulterior, sub influenţa lumii reale

externe; acesta este instanţa intermediară între „realitatea lumii externe" şi „realitatea psihică a persoanei", viaţa sa interioară sau sfera inconştientului.

Caracteristicile Eului, după S. Freud, sunt următoarele:

- asigură identitatea şi autoafirmarea persoanei;
- acumulează (memorează) experienţele externe şi asigură acomodarea (adaptarea) persoanei la acestea;
- exercită o acţiune represivă asupra inconştientului, reglând astfel dinamica pulsiunilor;
- Eul este ghidat de impulsurile venite din interior (inconştient) şi exterior (lume), el asigurând, în felul acesta, o stare de echilibru între „plăcere" şi „neplăcere";
- Eul evită neplăcerea şi caută să obţină plăcerea;
- creşterea neplăcerii se manifestă prin sentimentul de „pericol", care declanşează ca un semnal de reacţie „angoasa".

c) *Supra-Eul* este cea de-a treia instanţă în cadrul sistemului de organizare a personalităţii, dezvoltându-se în prelungirea Eului sub influenţa factorilor „represivi-modelatori" ai modelului sociocultural extern (valori morale, religioase, sociale, juridice, culturale etc.).

Psihanaliza este creaţia lui S. Freud, această *doctrină despre om* cuprinzând următoarele aspecte specifice:

a) existenţa *pulsiunilor* ca elemente constitutive, fundamentale ale vieţii psihice a individului;
b) conceptul de *refulare* sau de respingere de către Eul conştient a tendinţelor pulsionale din sfera inconştientului;
c) noţiunea de *inconştient*, reprezentând instanţa psihică depozitară a pulsiunilor primare ale individului (instincte, trebuinţe, tendinţe, complexe, simptome nevrotice);
d) noţiunea de *libido*, reprezentând tendinţa sexuală fundamentală care stă la baza pulsiunilor şi care exercită în mod permanent o presiune asupra sferei Eului conştient, căutând să-şi facă loc în câmpul conştiinţei, manifestându-se în felul acesta în mod liber.

Într-un articol ştiinţific publicat în anul 1911, S. Freud scrie, referitor la psihanaliză, că trei doctrine au schimbat profund gândirea europeană, operând o adevărată revoluţie în ştiinţe. Acestea sunt următoarele:

- teoria lui Copernic, care a demonstrat că nu Pământul, ci Soarele este centrul sistemului nostru planetar;
- teoria lui Darwin, care a demonstrat că omul nu este creaţia privilegiată a lui Dumnezeu, ci reprezintă rezultatul unei îndelungate evoluţii pe calea selecţiei naturale, ca ultimă fază a acesteia;
- teoria lui Freud, care a demonstrat că nu Eul este fundamentul şi motorul vieţii psihice, ci inconştientul, detronând astfel conştiinţa din rolul său conducător al persoanei umane şi înlocuind-o cu pulsiunile instinctuale.

Până la constituirea sa într-o doctrină bine conturată despre om şi viaţa psihică, psihanaliza a parcurs un drum istoric lung. O valoare deosebită pentru înţelegerea istoriei psihanalizei o constituie cercetarea fazei pre-psihanalitice referitoare la om, la viaţa psihică.

Până la S. Freud, psihologia a identificat *viaţa psihică* cu viaţa conştiinţei, considerându-se în sensul acesta că „orice fenomen psihic este însoţit de conştiinţa despre el însuşi" (J.P. Carrier).

Din punct de vedere istoric, au existat două direcţii de gândire referitoare la viaţa psihică:

a) viaţa psihică era apreciată ca manifestare exterioară pură şi exclusivă; concepţie vehiculată în secolele al XIX-lea şi XX de teoriile gestaltiste, behavioriste, de nervismul pavlovian şi de neuropsihologie;
b) viaţa psihică era privită ca experienţă a „vieţii interioare", idei care ne vin de la Platon şi sunt continuate până la Freud.

Aceste puncte de vedere, care s-au confruntat permanent în istoria ştiinţelor umane şi a psihologiei, departe de a clarifica domeniul şi obiectul psihologiei, sfârşesc prin a-l face şi mai imprecis, mai contradictoriu. Două direcţii principale se desprind în sensul acesta:

- pe de o parte, o direcţie care consideră psihologia şi psihiatria ca „ştiinţe pozitive", înscrise în seria „ştiinţelor biologice";
- pe de altă parte, atât psihologia, cât şi psihiatria sunt considerate ca fiind „ştiinţe umane", întrucât, prin natura obiectului lor, ele studiază un aspect fundamental al fiinţei umane, acela de „a fi" şi de „a se înfăţişa", prin urmare dimensiunea ontologică a persoanei.

S. Freud, încercând să depăşească această dilemă a naturii vieţii psihice, îşi pune următoarele întrebări:

- viaţa psihică este manifestarea unui organ somatic, respectiv a creierului?
- viaţa psihică a individului este, în primul rând, o manifestare pură a vieţii conştiinţei, a actelor acesteia?

Răspunsul lui S. Freud este că „viaţa psihică" reprezintă expresia funcţiei unui aparat căruia noi îi atribuim o extensie spaţială şi pe care îl presupunem format din mai multe părţi sau instanţe, cuprinzând creierul şi depăşindu-l concomitent prin natura acestor instanţe.

Istoria psihanalizei se constituie, în felul acesta, ca o prelungire şi o concluzie a unei lungi istorii de descoperire şi analiză a vieţii interioare care începe cu Socrate şi ajunge la Freud (*C. Enăchescu*). Vom prezenta în continuare aceste etape ale evoluţiei istorice.

În istoria civilizaţiei europene, primul care pune problema *vieţii interioare* este Socrate. Existenţa vieţii interioare i-a fost revelată lui Socrate de prezenţa interioară a *daimonion*-ului său, pe care-l numea „vocea interioară" sau „semnul divin".

Plecând de la acest fapt, Socrate pune problema vieţii sufleteşti ca pe o „stare interioară" particulară a omului, pe care acesta este obligat să o cunoască şi să o cultive permanent, pe tot parcursul vieţii sale, conform preceptului delfic *„gnothi seauton"* („cunoaşte-te pe tine însuţi").

Dar Socrate este cel care, plecând de la *„daimonion*-ul său interior", pune bazele psihanalizei (C. Enăchescu). Pentru filosoful atenian, toate cunoştinţele noastre sunt depozitate în interiorul sufletului nostru, sub forma unor *reminiscenţe* (*anamnesis*) despre care noi nu avem cunoştinţă şi care, printr-un anumit exerciţiu, pot fi aduse la suprafaţă, conştientizate de către individ în cadrul dialogului cu un altul. Este ceea ce Socrate i-a demonstrat lui Menon, arătându-i că sclavul său „ştie teorema lui Pythagora" (Platon, *Menon*). Discuţia însă trebuie condusă cu o anumită abilitate, mai ales în ceea ce priveşte modalitatea în care sunt puse întrebările, pentru a putea conduce interlocutorul către aflarea adevărului. Este metoda dialecticii.

Socrate îşi numea metoda „maieutică" (*maieutike* - arta moşitului), spunând că, întocmai unei moaşe care „aduce pe lume copii", el „moşeşte sufletul aducând la lumină idei". De fapt, este metoda dialecticii, care va fi peste secole preluată de Freud în discuţia psihanalitică (Platon, *Charmides*, *Gorgias*).

Mai mult, Socrate vorbeşte despre acele imagini primordiale pe care le păstrăm în interiorul nostru ca pe nişte „umbre" (arhetipurile), prefigurând în felul acesta existenţa inconştientului în „mitul peşterii" (Platon, *Republica*).

Dar opera lui Socrate nu este numai analitică. Ea nu constă numai în teorie, în sensul de sondare a sufletului interior, a *daimonion*-ului (*theoreia* – privirea zeului interior). Ea este şi o activitate practică, întrucât, spune Socrate, „mai cu seamă sufletul se cere a fi îngrijit", or această „îngrijire a sufletului" (*psyché therapeia*) este o operă de formare morală a omului, de cunoaştere a conceptelor raţiunii şi, implicit, a adevărului (Platon, *Charmides*, *Gorgias*, *Protagoras*). În felul acesta, Socrate este cel care utilizează şi aplică primul termenul de psihoterapie în istoria culturii europene şi tot el este cel care vorbeşte primul despre psihiatru şi psihiatrie (Platon, *Charmides*).

La tragicii greci, structura dramatică se desfăşoară în sensul unui scenariu care urmăreşte rezolvarea unui conflict, a unei stări de tensiune interioară. În sensul acesta, tragedia se constituie ca un veritabil grup psihoterapeutic, în care, alături de corifeu şi cor, participă personajele dramatice. Efectul urmărit este de catharsis, fapt care situează tragedia în acelaşi plan cu psihoterapia şi psihanaliza de mai târziu (D. Barrucand). Tragedia, ca suferinţă interioară, implică o soluţie purificatoare (catharsisul). În felul acesta, tragedia, ca şi psihanaliza îşi construiesc soluţia terapeutică pe catharsis. Astfel, D. Barrucand afirmă că, în toate situaţiile, „catharsisul corespunde unei modificări a structurii personalităţii (cu «purificare spirituală»), legată de luarea la cunoştinţă a unei stări psihologice afective conflictuale refulate, trăită, de exemplu, cu ocazia unei reprezentări dramatice sau a unei psihoterapii".

Problema este reluată în spiritualitatea creştină. Sf. Pavel vorbeşte despre „omul interior" (*o en anthropos*) şi despre „omul exterior" (*o exo anthropos*), primul reprezentând chipul lui Dumnezeu din om. În felul acesta, spiritualitatea creştină

plasează din nou centrul de greutate în viaţa interioară, dar *daimonion*-ul socratic capătă o nouă conotaţie, cea de „chip al lui Dumnezeu". Or, aceasta implică şi o anumită pregătire continuă a omului (*therapeia*) pentru a-şi cultiva viaţa interioară prin practici religioase, rugăciuni etc.

La Sf. Augustin, descoperirea vieţii interioare este un act de iluminare, o „deschidere interioară" şi o întâlnire a omului cu Dumnezeu; aşa o vom regăsi în Evul Mediu la marii mistici ai Occidentului (Tereza de Avila şi alţii), fiind considerată un act de „purificare mistică", în care vom recunoaşte catharsisul aristotelic. În mistica orientală, practica isihastă este, dincolo de un act de comuniune cu Dumnezeu, şi un act psihoterapeutic de „despătimire a sufletului", prin urmare tot un catharsis.

Psihologia începe să se desprindă de morală şi religie, de sfera altor discipline în general, o dată cu Descartes. Acesta identifică „Eul" cu un „lucru care gândeşte" şi a cărui esenţă este de „a gândi". Ideea este veche şi am întâlnit-o înainte la Aristotel, care afirma că Eul absolut este „gândirea care se gândeşte pe sine însăşi" (*noesis neosemos*), iar ulterior la Sf. Augustin.

Ceea ce este important la Descartes este faptul că acesta tratează pasiunile ca pe nişte stări sufleteşti, şi nu ca pe nişte trăsături morale, inaugurând în felul acesta un *important capitol al psihologiei*.

La Rochefoucauld afirmă că raţiunea profundă a actelor noastre nu rezidă în motivele nobile care se oferă în mod obişnuit. Aceste motive ascund un sentiment reprezentat prin „iubirea de sine", ca sentiment fundamental, ajungând să conchidă în acest sens că „omul crede adesea că se conduce singur, când de fapt el este condus" de această forţă nobilă interioară.

În aceeaşi perioadă, Leibniz crede că viaţa psihică nu este în totalitatea ei cunoscută şi că noţiunea de „inconştient" este necesară pentru a putea explica natura umană a instinctului nostru animal.

Secolul al XIX-lea, încă de la începuturile sale, aduce contribuţii extrem de importante şi numeroase la edificarea şi cunoaşterea vieţii interioare ca sediu al sufletului.

Maine de Biran vorbeşte despre „apercepţie" şi admite existenţa „vieţii interioare". Pentru acesta, psihicul se organizează în trei instanţe, şi anume: viaţa animală, viaţa umană, viaţa spiritului.

Influenţat de doctrina teologică creştină, Maine de Biran afirmă că „Dumnezeu este pentru sufletul uman ceea ce este sufletul pentru corp". El distinge „omul exterior", care se află în raport cu realitatea externă, şi „omul interior" sau viaţa spiritului, care este „Eul ce se manifestă interior".

Vedem în concepţia psihologică a lui Maine de Biran două surse. Pe de o parte, sursa clasică de sorginte aristotelică vorbeşte de asemenea de trei instanţe ale organizării sufleteşti (sufletul animal sau visceral, respectiv *somato-psyché*). Pe de altă parte, remarcăm sursa de inspiraţie creştină, preluată de la Sf. Pavel, referitoare la „omul exterior" şi „omul interior" sau „omul vechi" şi „omul nou" (Sf. Pavel, Corinteni, II, 4, 16), care afirmă că „omul interior se înnoieşte" în măsura în care „omul exterior se distruge".

Spiritul romantic aduce schimbări şi contribuţii extrem de importante şi interesante în acest domeniu, pe care le putem chiar eticheta ca decisive pentru orientarea în direcţia viitoarei doctrine psihanalitice.

A. Schopenhauer consideră că există în fiecare fiinţă vie o „voinţă" oarbă şi subterană, a cărei dinamică se află la originea însăşi a vieţii. Ea reprezintă factorul care stă la baza tuturor acţiunilor noastre, având un caracter pulsional, independent de factorii raţionali.

Fr. Nietzsche, considerat în plan doctrinar ca un important precursor al lui S. Freud, afirmă că „mobilurile" actelor noastre pun în evidenţă cu pregnanţă o „voinţă de putere" (*Wille zur Macht*), o dorinţă violentă şi obscură de a domina lucrurile, persoanele şi lumea în general. Această trăsătură specific umană este cea care trebuie cultivată în primul rând.

Plecând de la această teză, Fr. Nietzsche ajunge la edificarea unei tipologii umane cu caracter suprem, absolut, reprezentată prin Supraom (*Übermensch*), esenţă a valorilor spirituale pure, desprinse de canoanele oricărei morale, şi pe care o reprezintă, printr-un proces de identificare proiectivă, prin Zarathustra (*Also sprecht Zarathustra*). Prin aceasta el anticipează „Supra-Eul" moral, considerându-l ca pe imaginea ideală a spiritului uman, şi fixează valorile sufleteşti în această instanţă a personalităţii de care trebuie să depindă totul.

Operând separaţia valorilor spirituale şi sufleteşti de valorile „oricărei morale", Fr. Nietzsche pregăteşte transferul vieţii interioare în planul psihologiei şi al psihanalizei. Din acest moment psihanaliza se poate dezvolta.

Precursorii psihanalizei

În secolul al XIX-lea face carieră, întâi la Viena, apoi la Paris, medicul austriac Fr. Mesmer, descoperitorul „magnetismului animal", o forţă psiho-biologică apreciată ca având efecte terapeutice salutare asupra bolnavilor. Primită iniţial cu mult entuziasm, mai ales pentru efectele sale spectaculare, teoria este ulterior refuzată şi abandonată definitiv în urma criticilor aduse de Facultatea de Medicină din Paris, care infirmă tezele mesmeriene, acuzându-l pe Fr. Mesmer de practici nemedicale.

Ceea ce este însă absolut real şi valoros în teoria şi practica lui Fr. Mesmer este faptul că acesta descoperise fenomenul psihologic al „sugestiei", inaugurând o dată cu aceasta o nouă direcţie în practica medicală, şi anume „psihoterapia".

Dacă prima jumătate a secolului al XIX-lea este dominată de „magnetismul animal" al lui Fr. Mesmer, cea de-a doua jumătate este dominată de figura celebră a lui J.M. Charcot, profesor de neurologie la Facultatea de Medicină din Paris. Acesta, utilizând metoda „sugestiei induse" în stare de hipnoză, reuşeşte să obţină la pacientele internate în Clinica de la Salpêtrière tablouri clinice de isterie de un mare polimorfism. J.M. Charcot prezenta aceste rezultate în celebrele sale demonstraţii practice „Leçons de Mardi", în faţa unui auditoriu elevat din Parisul epocii romantice, alcătuit atât din medici, cât şi din intelectuali de toate formaţiile. Efectul era

spectacular, creându-se concomitent un val uriaş de publicitate în jurul acestor demonstraţii, dar şi un mit al persoanei lui Charcot. Faptul trebuie reţinut, întrucât, în materie de sugestologie şi hipnoză, factorul subiectiv, emoţional-afectiv este extrem de important, el fiind cel care pregăteşte terenul propice al manifestării pulsiunilor refulate ale inconştientului. Dar aceste aspecte încă nu erau cunoscute în epocă. Studiile lui J.M. Charcot şi ale şcolii medicale de la Clinica de la Salpêtrière au devenit celebre şi au atras un mare număr de specialişti de pretutindeni. Printre aceşti „stagiari" s-a numărat, la un moment dat, şi S. Freud.

Concomitent cu studiile lui Charcot asupra isteriei, care se desfăşurau la Paris, se efectuau studii similare şi în alte centre medicale. La Nancy, Bernheim considera isteria, spre deosebire de Charcot, ca pe o nevroză, utilizând în acest sens hipnoza ca pe o metodă de vindecare, prin inducţie sugestivă, a simptomelor clinice ale bolii. Modul de gândire clinică era absolut contrar celui practicat de Charcot. Charcot le sugera pacientelor aflate în stare de hipnoză simptomele bolii, creând „tablouri clinice" prin inducţie sugestivă, pe când Bernheim le sugera amendarea simptomelor clinice, desfiinţându-le prin acelaşi mecanism de inducţie sugestivă. În cazul tehnicii folosite de Charcot, inducţia sugestivă era patoplastică, în cazul lui Bernheim, inducţia sugestivă avea rol psihoterapeutic.

Ambele experimente, atât cel al lui Charcot, cât şi cel al lui Bernheim, au pus în evidenţă faptul că simptomatologia isterică apare sau dispare numai în condiţii în *care conştiinţa clară a individului este suprimată; mai exact, în cursul somnului* hipnotic, fapt ce ridică problema unor stări sau instanţe psihice diferite de sfera conştiinţei, ulterior numite de E. Kretschmer stări hiponoice.

Plecând de la concluziile şi observaţiile clinice ale experienţelor lui J.M. Charcot, elevii acestuia au aprofundat studiul isteriei, ajungând la rezultate extrem de importante.

P. Janet afirmă că „personalitatea umană comportă mai multe etaje, dintre care noi nu cunoaştem decât etajul conştiinţei. Majoritatea comportamentelor care nu implică o participare a conştiinţei depind de un psihism evaziinconştient reprezentat prin formele inferioare ale conştiinţei". P. Janet denumeşte aceste mecanisme şi fenomenul care este legat de ele „automatismul psihologic", consacrându-i vaste şi importante studii.

Studiile extinse asupra domeniului psihopatologiei clinice şi al psihiatriei au pus în evidenţă numeroase aspecte noi, legate în special de fenomenul de „dedublare a personalităţii" (aşa cum este el întâlnit în schizofrenie, intoxicaţiile cu droguri psihotrope etc.). Toate acestea vin să pledeze în favoarea unor organizări de tip „stratificat" a personalităţii umane, din care sfera conştiinţei nu este decât forma aparentă, exterioară a acesteia.

Răsturnarea freudiană

Cel care a sintetizat cunoştinţele anterioare şi a definit cadrul psihanalizei a fost S. Freud. De viaţa şi activitatea sa este legată istoria propriu-zisă a psihanalizei, motiv pentru care vom urmări principalele evenimente ale vieţii sale, veritabile etape de dezvoltare ale psihanalizei.

S. Freud se naşte la 6 mai 1856, în oraşul Freiberg din Moravia, în Imperiul Austro-Ungar. La vârsta de cinci ani se mută cu familia sa la Viena, unde studiază cursul secundar şi apoi urmează tot aici Facultatea de Medicină, fiind interesat în mod deosebit de studiul sistemului nervos.

În anul 1885 face un stagiu la Paris, la celebra Clinică de Neurologie a lui J.M. Charcot de la Salpêtrière. Aici asistă la faimoasele „Leçons de Mardi", cu demonstraţii clinice şi discuţii asupra isteriei. Concomitent însă, îl cunoaşte şi pe P. Janet şi studiile acestuia.

În anul 1889 face un nou stagiu, de data aceasta la Clinica de la Nancy, unde îi cunoaşte pe Liébault şi Bernheim, cu care va studia hipnotismul şi sugestia în tratamentul simptomelor clinice ale isteriei.

În anii 1891 şi 1892, împreună cu J. Breuer, tratează prin hipnoză un caz de isterie, utilizând în mod invers metoda lui Charcot, care producea simptome clinice prin inducţie, în stare de hipnoză. Freud şi Breuer vor utiliza metoda inducţiei hipnotice în scopul ştergerii simptomelor clinice.

În anul 1893, J. Breuer şi S. Freud comunică rezultatele lor referitoare la isterie, pe care le vor publica în anul 1895, în lucrarea *Studii asupra isteriei*, fundamentând totodată o nouă doctrină psihologică şi o nouă formă de tratament al bolilor psihice.

Între anii 1899 şi 1905, S. Freud îşi expune, în mod independent, primele sale formulări teoretice referitoare la psihanaliză în lucrări devenite celebre: *Interpretarea viselor* (1899), *Psihopatologia vieţii cotidiene* (1901), *Trei eseuri asupra sexualităţii* şi *Lapsusul şi relaţia sa cu inconştientul* (1905).

Psihanaliza va cunoaşte o dezvoltare considerabilă între anii 1905-1920, când publică *Introducere în narcisism* (1914) şi *Complexul lui Oedip*, iar în jurul lui S. Freud se constituie o echipă de tineri specialişti care vor ilustra ulterior domeniul psihiatriei, al psihanalizei şi al psihoterapiei. Este vorba de E. Bleuer şi C.G. Jung de la Zürich, E. Jones de la Londra, K. Abraham de la Berlin, S. Ferenczi de la Budapesta, E. Régis şi A. Hesnard de la Paris. Toţi vor fi nume de referinţă în domeniu.

Întâlnirea dintre S. Freud şi noii săi elevi nu a avut ca efect numai adoptarea şi difuzarea psihanalizei, ci şi ridicarea unor „probleme" şi a unor „întrebări" din partea acestora referitoare atât la doctrina teoretică, cât şi la metoda practică. Aceste din urmă aspecte au dus la separarea unora dintre adepţii lui S. Freud de acesta. Apar astfel curente disidente în psihanaliză: cel al lui A. Adler, care pune accentul pe rolul agresivităţii şi al voinţei de putere, şi cel al lui C.G. Jung, care se distanţează

de S. Freud prin respingerea pansexualismului acestuia în materie de pulsiuni, precum şi în ceea ce priveşte modul de a considera inconştientul.

După anul 1920 asistăm la o modificare a teoriei psihanalitice şi o extindere a sa operată de către însuşi S. Freud. Aceste aspecte le regăsim în lucrarea lui *Dincolo de principiul plăcerii* (1920). Aici, S. Freud împarte pulsiunile (*Triebe*) în următoarele grupe:

- pulsiuni ale vieţii (sexualitate, libido, Eros);
- pulsiuni ale morţii şi agresivităţii (Thanatos).

S. Freud procedează apoi la o reevaluare a organizării sistemului personalităţii sau a „aparatului psihic" în următoarele trei instanţe:

- Sinele, sediu al pulsiunilor şi dorinţelor refulate;
- Eul, cuprinzând preconştientul şi cenzura totodată;
- Supra-Eul, cuprinzând conştiinţa morală.

Până în 1939, anul morţii sale la Londra, S. Freud va mai elabora câteva lucrări care extind sfera psihanalizei asupra ştiinţelor umane (morală, religie, mitologie, societate, familie, cultură, artă etc.), şi anume: *Totem şi tabu*; *Inhibiţie, simptom, boală*; *Moise şi monoteismul*; *Angoasă şi civilizaţie*.

Psihanaliza postfreudiană

Psihanaliza nu a avut o evoluţie continuă şi uniformă. Ea are o istorie tensionată, adesea zguduită de crize interioare, reprezentate prin curentele disidente, dar şi prin modificările pe care le-a suferit după Freud în plan doctrinar şi, mai cu seamă, în *planul aplicării sale practice în psihoterapie şi educaţie*.

Cele mai importante curente disidente care s-au desprins din psihanaliza ortodoxă freudiană au fost psihanaliza lui A. Adler şi cea a lui C.G. Jung.

A. Adler pune accentul pe autoritate, pe pulsiunile agresivităţii şi pe dorinţa de putere ca formă finală către care tinde orice comportament, orice pulsiune a Eului, ca mod de autorealizare a persoanei.

C.G. Jung revizuieşte psihanaliza în special în problema inconştientului, căruia îi acordă o valoare esenţială, dar al cărui conţinut îl extinde. Pentru el, psihanaliza devine o „psihologie abisală", având ca obiect principal inconştientul. Acesta nu poate fi numai sediul exclusiv al pulsiunii sexuale. Aici îşi au loc arhetipurile, stările *complexuale, experienţa psihologică individuală, dar şi simptomele clinico-nevrotice* ale individului. Limbajul inconştientului este simbolic şi se exprimă în mituri, legende, religii, vise, artă etc. În acest sens, nu se poate vorbi despre un singur inconştient. Acesta cuprinde mai multe instanţe: inconştientul instinctogen, ca sediu al pulsiunilor primare; inconştientul individual, ca sediu al experienţelor psihologiei personale a individului; inconştientul colectiv, depozitarul tuturor experienţelor ancestrale ale umanităţii, sub forma arhetipurilor.

Dincolo de curentele sale disidente, psihanaliza, încă din timpul vieţii lui S. Freud, dar mai ales după moartea acestuia, a fost îmbogăţită de numeroase contribuţii.

W. Stekel studiază pulsiunile sexuale, problema sexualităţii şi a traumatismului sexual în viaţa individului, stările de angoasă etc.

O. Rank studiază psihanalitic etapele vieţii individuale, punând problema „traumatismului naşterii" individului ca separare a copilului de mamă, a dependenţei prelungite de aceasta şi a consecinţelor sale în procesul de formare şi maturizare a personalităţii individuale.

A. Freud studiază raporturile „Eului" cu „Lumea" şi descrie mecanismele de apărare ale Eului. M. Klein scoate în evidenţă importanţa primei copilării, a fixaţiilor emoţionale din această perioadă, dar şi rolul psihotraumatizant al frustrărilor afective şi al carenţelor educaţionale pentru viitorul individ.

K. Horney face studii extinse asupra relaţiilor dintre conflict şi mediu, a rolului şi semnificaţiei psihotraumatismelor pentru personalitatea individului. L. Szondy realizează o analiză minuţioasă a pulsiunilor inconştientului şi elaborează o metodă de psihodiagnostic al pulsiunilor.

J. Lacan procedează şi el la o analiză minuţioasă a stadiilor de dezvoltare a personalităţii individului şi, concomitent, a semnificaţiei discursului psihanalitic. J. Starobinski aprofundează aceste aspecte prin analiza semantică aplicată la psihanaliză, realizând o veritabilă hermeneutică a discursului psihanalitic.

Cercetări aplicate de psihanaliză semnalăm şi în sfera altor ştiinţe umane.

M. Robert şi Ch. Bühler fac studii de analiză psihanalitică la cercetările psihobiografice. L. Binswanger vorbeşte despre valoarea deosebită a studiului psihobiografiei individuale, dintr-o dublă perspectivă: psihanalistă şi existenţială, punând accentul pe viaţa interioară a individului, considerată ca „istorie a vieţii interioare".

În domeniul antropologiei culturale, psihanaliza devine o metodă preţioasă la B. Malinowski, dar şi la R. Linton pentru interpretarea vechilor culturi sau a civilizaţiilor primitive. Aceste teme le regăsim şi la Cl. Lévi-Strauss, care face o analiză comparată din perspectiva antropologiei structurale a tehnicilor psihanalizei şi a practicilor şamaniste. Asupra tuturor acestor aspecte vom reveni pe parcurs.

Observaţii critice

Încă de la apariţia sa, psihanaliza a fost supusă unor critici vehemente, fiind privită adesea cu rezervă sau chiar respinsă categoric. Cu toate acestea, ea a sfârşit prin a se impune – datorită valorii, noutăţii şi importanţei sale practice – atât în sfera ştiinţelor umane, cât şi în psihologie şi medicină.

O critică a psihanalizei scoate însă în evidenţă o sumă de aspecte care ridică numeroase semne de întrebare. Le vom enumera succint, urmând ca ele să fie dezbătute într-un capitol special.

Prin noua imagine despre om pe care psihanaliza o instituie, ea se înfăţişează ca o construcţie care „mitologizează" persoana umană.

În al doilea rând, axa doctrinei psihanalitice reprezentată de „complexul Oedip" nu pare a rezista la o analiză critică atentă şi profundă. Mai mult, ceea ce S. Freud înţelege prin „complexul Oedip" este un fenomen care nu a fost semnalat decât în aria culturală europeană ; iar referirea la mitul antic este numai un motiv, aşa cum vom vedea când se va discuta acest aspect.

Un alt aspect care pare a marca o anumită fragilitate a doctrinei psihanalitice este reprezentat de ceea ce remarca N. Berdiaev, şi anume că, în conformitate cu spiritul psihanalizei, natura persoanei umane este considerată a fi funciarmente bolnavă, întrucât la baza vieţii noastre psihice stau pulsiunile, care, nesatisfăcute, se convertesc în focare de tensiune psihică, ducând la stări conflictuale, complexe ideoafective sau simptome nevrotice.

Nu vom mai insista. Esenţial este faptul că psihanaliza s-a impus cu un prestigiu deosebit în arena ştiinţelor umane şi a medicinei, ca o formă de gândire de care nu putem să nu ţinem seama şi ca un praxis indispensabil. Ea vine să explice aspectele de cunoaştere psihologică a individului şi să dea o nouă viziune clinică asupra patologiei psihiatrice, oferind în acest din urmă caz un preţios şi eficient instrument terapeutic.

În plus, mentalitatea psihanalitică s-a impus ca mod de a gândi şi interpreta majoritatea fenomenelor familiei, societăţii, dezvoltării şi evoluţiei personalităţii, precum şi situaţiile conflictuale de factură individuală sau crizele sociale (E. Fromm), ale istoriei, artei şi culturii sau faptele de antropologie (B. Malinowski, Cl. Lévi-Strauss).

Capitolul 2

Principiile psihanalizei

Problemele psihanalizei

Domeniul psihanalizei îl reprezintă *Omul* şi *suferinţa psihică*. Suferinţa psihică are un caracter particular, diferit de cel al suferinţei somatice, aceasta din urmă fiind în primul rând durere. Cea dintîi este nenorocire şi tortură. Acest tip de suferinţă este resimţit de individ în interior, fiind trăit ca o experienţă psihică. Psihanaliza îşi propune „să intre", „să coboare" în inconştientul uman, în profunzimea personalităţii pentru a descifra şi rezolva aceste stări.

Una din principalele cuceriri ale psihanalizei este reprezentată prin precizarea cadrului psihologiei. În sensul acesta, se disting două mari tipuri de psihologii, şi anume:

a) *Psihologia de suprafaţă*, care priveşte comportamentul şi actele umane; ea este o psihologie şi o psihoterapie de consiliere care aduc un ajutor practic şi imediat, o soluţie de moment.
b) *Psihologia profunzimilor* sau *abisală*, rezultat direct al psihanalizei (S. Freud, C.G. Jung, L. Szondy), care vizează sondarea inconştientului, un fel de „psiho-speologie" sau „chirurgie a sufletului" (P. Daco).

Psihologia abisală este o psihologie şi o psihoterapie simbolice. Ea se bazează pe imaginaţia subiectului în scopul depistării următoarelor aspecte: refulările; complexele; amintirile uitate; profunzimile nesatisfăcute.

După S. Freud, pentru psihanaliză, psihologia reprezintă studiul „fenomenelor mentale", pe care aceasta le plasează exclusiv în „interiorul" persoanei, în sfera inconştientului.

Pe aceste considerente, domeniul psihanalizei este dominat de următoarele trei mari dimensiuni: *dinamica*, *economica* şi *topica* sau *structuralitatea*.

Dinamica descrie fenomenele mentale şi le explică prin interacţiunea lor în raport cu „opoziţia forţelor" care generează situaţii conflictuale sau stări complexuale.

Aceste „forţe" ce generează conflictele sunt reprezentate de: *pulsiunile biologice*, de natură sexuală sau agresive; *contra-pulsiunile*, de origine socială, care se opun realizării pulsiunilor individului.

Economica pune accentul pe aspectul conservativ al forţelor în prezenţa conflictului.

Energia pulsională este modificată în unele perioade critice ale vieţii individului (pubertatea, adolescenţa, menopauza, involuţia), situaţii în care forţa pulsiunilor şi a contra-pulsiunilor este decisivă în ceea ce priveşte evoluţia conflictului. Această energie psihică internă poate lua următoarele aspecte : mânie emoţională, agresivitate biologică.

Topica sau *structuralitatea* este legată de structura aparatului psihic, în care, aşa cum am arătat şi mai înainte, S. Freud distinge trei instanţe : Supra-Eul moral ; Eul conştient ; Sinele inconştient.

Aceste structuri sau instanţe ale personalităţii individului se disting între ele prin forţa, originea şi dinamica specifice.

În sfera psihanalizei, considerată ca doctrină teoretică fundamentală, se diferenţiază un domeniu practic, reprezentat prin *psihanaliza clinică* ; aceasta este o colecţie ordonată de „studii de cazuri" (*case history*) şi de interpretări explicative ale semnificaţiilor lor.

L. Binswanger completează acest punct de vedere, vorbind despre *istoria vieţii interioare* (*Innere Geschichte*). L. Binswanger subliniază faptul că „istoria vieţii interioare" nu este o descoperire a lui S. Freud, ci ea preexistă psihanalizei, chiar constituirii psihologiei ca ştiinţă, remarcându-se în evoluţia sa două etape :

a) Etapa lui Aristotel, care pune problema „spiritului" (*nous*) din care derivă ulterior activitatea sintetică a „conştiinţei" (Plotin) şi „apercepţia" (Kant, Maine de Biran). Ea este desăvârşită de experienţele sufleteşti de tipul „conversiunii" ale Sf. Augustin (*Confessiones*, VIII), care pune problema „istoriei vieţii interioare" şi a „fiinţei spirituale din mine", precum şi la misticii Evului Mediu (Sf. Tereza de Avila, J. Boehme, R. Lulus etc.).
b) Etapa a doua este faza conştiinţei, a „aprehensiunii vieţii interioare", a luării la cunoştinţă de către persoană a unei vieţi sau a unei „istorii interioare" proprii, ca un mod de înţelegere de sine. Este, de fapt, reluarea tezei delfice a lui Socrate privind „cunoaşterea de sine". Aceste idei pot fi întâlnite începând de la Sf. Augustin, Petrarca, Montaigne, Paracelsus, Malebranche, Herder, Goethe, Rousseau, Humbold, Schleiermacher, Nietzsche şi Freud.

Din cele de mai sus se poate desprinde faptul că problemele psihanalizei au dimensiuni şi caracteristici proprii, ce-i conferă acesteia o anumită configuraţie care o diferenţiază net de psihologia descriptivă clasică şi de psihiatria clinică. Elementul ei caracteristic, fundamental, este reprezentat prin caracterul său dinamic. Aceste aspecte se vor vedea pregnant în principiile psihanalizei.

Principiile psihanalizei

Prin principiile fundamentale ale psihanalizei înţelegem principiile sau legile cele mai generale care, după S. Freud, guvernează viaţa mentală, conduita şi experienţele persoanei umane.

Ele sunt următoarele: principiul constanței; principiul inerției neuronale; principiul Nirvanei; principiul plăcerii/neplăcerii; principiul realității; compulsiunea la repetiție.

În continuare le vom analiza pe fiecare în parte.

1. *Principiul constanței*

Acesta este principiul conform căruia aparatul psihic tinde să mențină la un nivel cât mai scăzut posibil sau cel puțin cât mai constant cu putință cantitatea de excitație pe care el o conține. Constanța este obținută, pe de o parte, prin descărcarea energiei existente, iar pe de altă parte, prin evitarea a ceea ce ar putea crește cantitatea de excitație și apărarea împotriva acestei creșteri.

Principiul constanței stă la baza teoriei economice freudiene, apărând ca reglator al funcționării aparatului psihic. El caută să mențină constantă, în cadrul său, suma excitațiilor externe și de apărare și descărcare (abreacție) față de creșterea tensiunii de origine internă.

Din motivele mai sus menționate, principiul constanței se află într-un raport strâns cu principiul plăcerii.

2. *Principiul inerției neuronale*

Acesta este principiul de funcționare a sistemului neuronal, în conformitate cu care neuronii tind să evacueze complet cantitățile de energie pe care le primesc. Este un mecanism de „descărcare energetică" neuronală.

3. *Principiul Nirvanei*

Acest principiu desemnează tendința aparatului psihic de a reduce la zero sau măcar de a reduce cât mai mult posibil orice cantitate de excitație de origine externă sau internă (B. Low, S. Freud).

Nirvana desemnează stingerea dorinței umane, aneantizarea individualității, o stare de liniște și fericire interioară perfectă, totală.

Principiul Nirvanei este tendința de reducere, de constanță, de suprimare a tensiunilor produse de orice excitație internă. Acest punct de vedere creează o stare de ambiguitate, de echivalență între „principiul constanței" și „principiul Nirvanei".

După S. Freud, principiul Nirvanei exprimă tendința pulsiunii de moarte, motiv pentru care el se diferențiază de constanță sau de homeostazie (J. Laplanche și J.B. Pontalis). Termenul de Nirvana exprimă, în primul rând, o legătură profundă între plăcere și aneantizare.

4. *Principiul plăcerii/neplăcerii*

Acesta este un principiu care guvernează funcţionarea mentală, ansamblul activităţii psihice, având ca scop să evite neplăcerea şi să procure plăcerea. În măsura în care *neplăcerea este legată de creşterea cantităţii de excitaţie, iar plăcerea de reducerea* acesteia, principiul plăcerii este un principiu economic.

Principiul plăcerii a fost preluat de către S. Freud de la Fechner („principiul de plăcere a acţiunii"), conform căruia nu numai că finalitatea urmărită de acţiunea umană este plăcerea, dar şi actele noastre sunt determinate de plăcerea sau de neplăcerea procurate în prezent de reprezentarea acţiunii de îndeplinit sau a consecinţelor sale.

Se remarcă la S. Freud existenţa unei relaţii strânse între cele două principii ale *plăcerii şi constanţei*.

Principiul plăcerii este corelat şi cu principiul realităţii. Pulsiunile nu caută, la început, decât să se descarce, să se satisfacă pe căile cele mai scurte. Ele se acomodează progresiv cu realitatea, singura care le permite, prin deturnări şi amânări necesare, să atingă satisfacţia căutată.

Reiese de aici modul în care raportul „plăcere/realitate" pune o problemă care este ea însăşi dependentă de semnificaţia dată în psihanaliză termenului de „plăcere". Prin plăcere se înţelege satisfacerea unei nevoi.

5. *Principiul realităţii*

Principiul realităţii împreună cu principiul plăcerii reprezintă pentru S. Freud cele două mari principii care guvernează întreaga funcţionare a aparatului psihic. El formează un cuplu cu principiul plăcerii, pe care îl modifică în măsura în care reuşeşte să se impună ca principiu reglator. În acest caz, căutarea satisfacţiei nu se mai efectuează pe căile cele mai scurte, ci acceptă deturnări şi îşi amână realizarea în funcţie de condiţiile impuse de mediul exterior.

Din punct de vedere economic, principiul realităţii corespunde unei transformări a energiei libere în energie legată. Din punct de vedere topic, el este definitoriu pentru sistemul „preconştient/conştient". Din punct de vedere dinamic, psihanaliza caută să fundamenteze intervenţia principiului realităţii pe un tip de energie pulsională care este pus cu precădere în serviciul Eului.

Principiul plăcerii este pus în serviciul Sinelui, întrucât, din punct de vedere genetic, principiul realităţii îi succedă principiului plăcerii.

6. *Compulsiunea la repetiţie*

Acest principiu al psihanalizei are două accepţiuni:

a) În sfera psihopatologiei, el reprezintă sau desemnează procesul incoercibil şi de origine inconştientă prin care subiectul se plasează activ în situaţii neplăcute,

repetând experienţe vechi, fără a-şi aminti de prototipul lor; sau, dimpotrivă, subiectul are impresia foarte vie că este, de fapt, vorba de ceva pe deplin motivat în actualitate.

b) În sfera psihanalizei, acest principiu desemnează un factor autonom, ireductibil în ultimă analiză la o dinamică conflictuală, axată doar pe jocul principiului plăcerii şi al celui al realităţii. Ea este pusă în mod esenţial în legătură cu caracterul cel mai generos al pulsiunilor, şi anume cu caracterul lor conservator.

Psihanaliza consideră, în general, simptomele ca fiind fenomene de repetiţie; aceasta întrucât, în psihanaliză, simptomul reproduce, mai mult sau mai puţin deghizat, anumite elemente ale unui conflict din trecutul bolnavului.

Referitor la compulsiunea la repetiţie, E. Bibring distinge următoarele două aspecte principale: o tendinţă repetitivă, proprie Sinelui; o tendinţă restitutivă, proprie Eului.

Se poate desprinde din cele de mai sus faptul că *principiile psihanalizei*, specifice acestui domeniu, au în primul rând un *caracter dinamic* şi, prin aceasta, ele exprimă un anumit regim de funcţionare a *aparatului psihic* uman. În plus, dincolo de aceste aspecte legate de funcţionarea vieţii psihice, principiile psihanalizei sunt în conformitate cu modalitatea de organizare a sistemului personalităţii în instanţe specifice, fiecăreia dintre ele corespunzându-i principii dinamice specifice.

Omul în psihanaliză

O privire de ansamblu, sintetică asupra psihanalizei are în centrul ei ideea de *Om*, aceasta situându-se astfel în sfera ştiinţelor umane.

În cadrul ştiinţelor umane, omul devine „subiect" sau „temă" pentru el însuşi în momentul în care conştiinţa reflexivă operează separaţia *omului* de *lume*.

Cea de-a doua mare separaţie a omului este cea care îl face pe acesta să se distingă de sine însuşi, producându-se atunci când conştiinţa reflexivă descoperă viaţa interioară.

A treia separaţie este reprezentată prin momentul când conştiinţa se reflectă pe sine însăşi.

Apar acum, ca o consecinţă a celor de mai sus, trei dimensiuni ale omului, şi anume: *omul exterior*, ca *trup*; *omul interior*, ca *suflet*; *omul* ca *spirit* sau *conştiinţă*.

În felul acesta, *omul* apare ca rezultatul unei *descoperiri*, al unui act de *cunoaştere*. M. Foucault susţine că „finitudinea omului se anunţă în pozitivitatea cunoaşterii". Din acest motiv, autorul citat consideră că „finitudinea omului se profilează sub forma paradoxală a indefinitului... în spaţiul cunoaşterii". Cunoaşterea devine astfel experienţă umană şi ea se axează pe trei elemente, şi anume: *corpul uman*, ca spaţialitate a persoanei; *dorinţa* sau apetitul primordial, care dă naştere la valori; *limbajul*, care articulează toate segmentele experienţei umane.

Pentru M. Foucault, omul este un „dublet empirico-transcendental" ce uneşte două analize: cea în raport cu *spaţiul corporal*, respectiv cu realitatea; cea care este în raport cu *iluziile proiective* sau cu transcendenţa.

Prima dintre acestea este în raport cu „ordinea obiectuală", pe când cea de-a doua este în raport cu „ordinea discursului".

În „redublarea empirico-transcendentală" care este omul regăsim, aşa cum afirmă M. Foucault, două aspecte: *„cognito"* şi *„impensé"*. Altfel spus, ceea ce *poate fi „gândit"* şi ceea ce *nu poate fi gândit*. În sensul acesta, Descartes descoperă *omul care poate fi gândit, înţeles sau dedus raţional din conceptele logice ale gândirii*; pe când S. Freud descoperă omul care nu poate fi gândit şi nici înţeles raţional, ci *omul care poate fi dedus* din actele şi conduitele sale, diferite de conceptele logice ale raţiunii. *Omul cartezian* este omul raţiunii clare, al logicii; pe când *omul freudian* este omul pulsiunilor tenebroase ale inconştientului.

Revenind la schema anterioară a lui M. Foucault conform căreia *omul* este *corp, apetenţe* şi *limbaj*, rezultă de aici faptul că domeniul cunoaşterii omului se distinge *în trei registre: biologicul, respectiv corpul – funcţii şi norme; apetenţele*, privind nevoile şi dorinţele – conflict şi regulă; *limbajul* sau comunicarea – semnificaţie şi sistem.

În felul acesta, pe baza celor de mai sus, se poate afirma că omul este rezultatul evoluţiei cunoaşterii, care în decursul timpului a produs o „imagine" a omului, aşa cum de altfel reiese şi din afirmaţiile lui M. Foucault. Toate aceste aspecte cu caracter metodologic ne sunt indispensabile pentru a putea înţelege *omul şi psihanaliza*.

Psihanaliza are ca obiect *Omul*. Prin aceasta, ea se situează la graniţa dintre ştiinţele umane şi medicină. De la ştiinţele umane ea a preluat „cunoaşterea", iar de la medicină, modul de „acţiune".

Din punctul de vedere al psihanalizei, omul este în primul rând o „fiinţă interioară", al cărei centru de greutate este reprezentat de către inconştient, rezervorul pulsiunilor ce asigură *dinamica sistemului*.

În sfera psihanalizei, omul este tot un dublet, dar un dublet reprezentat prin articularea *inconştientului* cu *conştientul*, instanţe care se opun una alteia. Inconştientul este în raport cu omul prin intermediul pulsiunilor sale, pe când conştientul este în raport cu lumea, cu normele realităţii externe.

Psihanaliza creează un nou şi original *model uman*, punând însă accentul pe sfera inconştientului pulsional. Pulsiunile sunt sursa şi mobilul vieţii psihice. Dinamica *sau regimul pulsiunilor este însăşi viaţa psihică. Dinamica sufletească este jocul* pulsiunilor care se desfăşoară între „satisfacere", conform cu principiul plăcerii, şi „reprimare/refulare", în conformitate cu conflictele Eului.

Principiul plăcerii devine, în felul acesta, legea fundamentală a naturii umane în psihanaliză. Blocarea acestui principiu duce la apariţia complexelor, a stărilor conflictuale sau a simptomelor nevrotice. Din acest motiv, N. Berdiaev spune că, din punctul de vedere al psihanalizei, omul este o fiinţă funciarmente bolnavă, întrucât pulsiunile inconştientului reprezintă pentru el sursa nevrozelor.

Datele oferite de psihanaliză în direcţia cunoaşterii omului sunt de o valoare incontestabilă. Ele pun, în primul rând, problema importanţei inconştientului în edificarea dinamică a vieţii psihice. Acest sistem de organizare a personalităţii instituit de S. Freud este amplu dezvoltat de C.G. Jung prin teoria sa despre inconştient şi de *rezultatele experimentale ale lui H. Rorschach*.

Ceea ce este important de subliniat este faptul că pulsiunile inconştientului se pot exprima într-o manieră simbolică, după un limbaj specific, ori acest aspect trebuie avut în vedere de fiecare dată când ne referim la „modelul uman" al psihanalizei.

Omul în psihanaliză, ca expresie a forţei pulsiunilor inconştientului său, ne apare ca o *structură simbolică*, fiind astfel diferit în mod fundamental de alte „modele umane" oferite de psihologie, psihiatrie etc. Dar admiţând tocmai acest model uman de factură simbolică, putem construi un sistem adecvat de psihoterapie cu efecte salutare pentru om.

Ca *imagine*, omul în psihanaliză este dominat de o aparenţă mitologică atât la S. Freud, cât şi la C.G. Jung. Dar această aparenţă este dată de încărcătura simbolică a inconştientului său (pulsiuni, complexe, arhetipuri, vise etc.), care-l face diferit de omul sistemelor umaniste de tip raţionalist. Este oare aceasta o contradicţie? Nu. Ea este, de fapt, un paradox al omului, pe care tot psihanaliza îl explică.

Fiind un *dublet inconştient-conştient*, omul în psihanaliză este o *fiinţă simbolică*, pe când în alte domenii ale umanului el este o *fiinţă raţională*. Dar, de fapt, este şi una, şi alta.

Omul este o fiinţă simbolică în raport cu inconştientul şi o fiinţă raţională în raport cu Eul conştient, acestea constituind cele două laturi ale naturii umane. Aici este meritul psihanalizei în descifrarea naturii persoanei umane.

Capitolul 3

Organizarea şi dinamica personalităţii. Aparatul psihic

Teorii referitoare la personalitate

Nu putem înţelege modul de organizare şi funcţionarea sistemului personalităţii în psihanaliză fără a face o prealabilă trecere în revistă a teoriilor referitoare la personalitate şi fără a defini cadrul acestui concept fundamental în psihologie, psihiatrie şi psihoterapie.

Personalitatea este, în primul rând, un concept operaţional, abstract, care desemnează sub aspect psihologic un anumit mod de a fi al individului. Ceea ce este concret pentru individ este *persoana*, în sensul de identitate şi unicitate ale individului.

M. de Unamuno scrie referitor la om că este „subiectul multor divagaţii vulgare, mai mult sau mai puţin ştiinţifice... El este *zoon politikon* al lui Aristotel, contractul social al lui Rousseau, *homo oeconomicus* al Şcolii din Manchester, *homo sapiens* al lui Linné". Dar, pentru M. de Unamuno, omul este „acest om concret, în carne şi oase, subiectul şi obiectul suprem al oricărei filosofii".

Omul la Unamuno este „o fiinţă raţională". Această idee ne vine de la I. Kant, care construieşte un *om al conştiinţei*, deci al responsabilităţii morale, după modelul *„Dumnezeului-conştiinţă"*, un „Dumnezeu lutheran", în spiritul Reformei.

„Dumnezeul raţional" este proiecţia în infinitul exterior a omului prin definiţie, a omului abstract, a omului non-om; pe când *„Dumnezeul sentimental şi voluntar"* este proiecţia în infinitul exterior a omului dotat cu voinţă, a omului concret, în carne şi oase (M. de Unamuno).

Rezultă de aici două dimensiuni ale omului în sfera ştiinţelor umane, şi anume:

a) *omul exterior*, reprezentând conştiinţa sau dimensiunea morală, respectiv, pentru psihanaliză, Supra-Eul moral şi Eul conştient;
b) *omul interior*, reprezentat prin afectivitate şi voinţă, trup şi pulsiunile vitale, *respectiv, pentru psihanaliză, inconştientul pulsional.*

Considerat în sensul acesta, „omul este un scop şi niciodată numai un mijloc", susţine I. Kant, iar M. de Unamuno preia această teză morală.

Interesantă este opinia filosofilor referitoare la *conştiinţă*. În acest sens, M. de Unamuno scrie că „omul este, prin faptul de a fi om, de a avea o conştiinţă... un animal bolnav. Conştiinţa este o boală... Sunt exemple tipice ale acestui sentiment

tragic al vieţii: Marc Aureliu, Sf. Augustin, Pascal, Rousseau, Obermann, Thomason, Leopardi, Vigny, Lenau, Kleist, Amiel, Quental, Kierkegaard". Important este însă faptul că, spre deosebire de psihanaliză, care pune accentul pe inconştient şi pe pulsiuni, filosofia şi morala pun accentul pe Supra-Eu şi pe valorile etice legate de conştiinţă. Cu toate acestea, S. Kierkegaard spune despre conştiinţă că este „o boală mortală", întrucât ea este cea care generează angoasa.

Kant, Kierkegaard, Nietzsche, Unamuno pun accentul pe conştiinţă şi, cum spuneam, în mod implicit pe dimensiunea morală a fiinţei umane. Pentru ei, personalitatea umană este dominată şi definită de conştiinţă. Însă deoarece „conştiinţa" este considerată ca o „boală" umană, rezultă de aici faptul că omul sănătos este reprezentat prin „omul iraţional". Raţiunea implică cunoaşterea. Curiozitatea de a cunoaşte împinge însă către păcat, către păcatul capital, originar. Or, în acest moment, se produce o aparentă rezolvare a paradoxului uman. Prin *păcatul originar* se întâlnesc atât *Supra-Eul* moral, cât şi *inconştientul* pulsional sau, altfel spus, *conştiinţa* şi *pulsiunile*. Acestea sunt tezele filosofiei referitoare la personalitatea umană.

Psihologia ca ştiinţă este sau descriptivă, sau dinamică. Ea face din personalitate un concept operaţional, în structura căruia regăsim, după G.W. Allport, trei categorii de norme care îi asigură configuraţia, şi anume:

a) *norme universale, în sensul că fiecare om este ca toţi ceilalţi oameni*;
b) *norme de grup*, care stabilesc că fiecare om este ca unii oameni;
c) *norme idiosincratice* sau idiodinamice, după Rosenzweig, în conformitate cu care fiecare om este ca nici un alt om.

Însă psihanaliza subliniază de fiecare dată caracterul dinamic al organizării personalităţii în instanţe, care se află în relaţii de interdependenţă. Inconştientul nu poate fi conceput în absenţa Eului conştient. Astfel, individualitatea şi identitatea devin caracteristici principale ale „modului de a fi" al persoanei umane.

Definiţia personalităţii

Personalitatea se defineşte ca fiind sinteza tuturor elementelor care concură la configurarea mentală a unui subiect pentru a-i da acestuia o fizionomie proprie. Acest aspect rezultă din următoarele sale particularităţi: constituţia psiho-fiziologică; elemente instinctivo-afective; caracter; temperament; tipul de reacţie; conduită; nivelul de aspiraţii.

În mod separat faţă de definiţia psihologică de mai sus de ordin descriptiv a personalităţii, din punct de vedere moral, persoana poate fi definită ca reprezentând acea unitate spirituală şi morală, conştientă de independenţa şi de demnitatea sa, având identitate şi individualitate specifice.

Personalitatea, aşa cum apare ea în psihologie, se referă în primul rând la *individ*, fie în ceea ce priveşte relaţiile acestuia cu mediul exterior natural, fie cu lumea semenilor săi.

În psihanaliză însă, lucrurile sunt mai diferenţiate, motiv pentru care acest demers prealabil referitor la personalitate întreprins din punct de vedere filosofic, moral şi psihologic ne apare ca fiind deosebit de necesar.

Psihanaliza vede *persoana* ca pe un *„aparat psihic"*, special organizat şi axat îndeosebi pe dimensiunea vieţii interioare a individului. Din acest motiv, în sfera psihanalizei orice subiect este o *persoană* sau un individ unic, dar concomitent şi purtătorul unei *„istorii psihobiografice"* unice, strict personală.

Psihologia evaluează persoana în funcţie de caracteristicile acesteia, printre care le enumeră pe următoarele:

a) *unitatea* sau *identitatea*, care fac din persoană un tot coerent ca organizare;
b) *vitalitatea*, care este un ansamblu ierarhizat, capabil de a se adapta la variaţiile endogene sau exogene;
c) *conştiinţa de sine* sau reprezentarea mentală de sine, care este imaginea pe care un individ o are despre propria sa persoană, despre sine însuşi;
d) *raporturile* cu mediul fizic extern, dar şi cu lumea semenilor, constând din faptul că personalitatea unui individ opune „Eul" său propriu acţiunilor fizice ale mediului sau ale lumii;
e) *creaţiile* personalităţii, ca forme de expresie şi proiecţie specifice conţinutului intrapsihic al acesteia.

Organizarea personalităţii în psihologie

Organizarea *personalităţii* umane ca sistem de *niveluri psihice*, dispuse într-o ierarhie specifică, aşa cum apare ea în sfera psihanalizei, nu este o contribuţie directă a acesteia. Această modalitate de a vedea organizarea personalităţii este întâlnită în psihologie încă înainte de Freud, motiv pentru care se impune o trecere sintetică în revistă a aspectelor respective.

După J. Delay şi P. Pichot, personalitatea este „un sistem de instanţe articulate, eventual sub formă ierarhică, schema de bază fiind susceptibilă de variaţii individuale limitate". În sensul acesta, sunt semnalate mai multe teorii privind organizarea personalităţii:

1. *Teoria organizării ierarhice* a personalităţii o regăsim la Platon şi Aristotel, care descriu pentru aceasta trei niveluri sau instanţe principale:

a) *sufletul vegetativ*, reprezentând dorinţele (*epithymia*), cu sediul în abdomen (pasiunile);
b) *sufletul animal*, reprezentând curajul şi voinţa (*thymia*), cu sediul în torace (dispoziţia afectivă);
c) *raţiunea* sau sufletul raţional (*logistikon*), cu sediul în cap (raţiunea).

Gândirea creştină preia sistemul clasic al personalităţii al lui Platon şi Aristotel, adaptându-l noii filosofii scolastice, aşa cum o întâlnim la Sf. Augustin şi Thoma

d'Aquino, care descriu tot trei niveluri sau straturi ale personalității, după modelul Trinității Divine, și anume:

a) *prima trinitate* este reprezentată prin: *mens* – forța intelectuală, inteligența și voința reunite; *notitia* – sufletul care se cunoaște pe sine însuși; *amor* – sufletul deschis prin sine;
b) *a doua trinitate*, reprezentată prin: *memoria* – cunoașterea în sensul de inteligență și de iubire reunite; *intelligentia* – cunoașterea de sine în sens psihologic, de discernământ; *voluntas* – voința prin care se consumă și se realizează cunoașterea perfectă, acțiunea;
c) *a treia trinitate*, formată din următoarele: *dei memoria* – respectiv amprenta lui Dumnezeu în om; *intelligentia* – ca mai sus; *amor* – ca în prima instanță.

2. *Teoria psiho-fiziologică* a organizării ierarhice a sistemului personalității este susținută de H. Jackson, C. von Monnakow, R. Mourgue și se întemeiază pe trei principii fundamentale:

a) evoluția personalității urmează un mers ascendent, de la simplu-automat și bine organizat la mai puțin bine organizat, superior și complex;
b) funcțiile personalității suferă un proces de disoluție, de sus în jos, de tip general sau localizat;
c) simptomatologia bolilor psihice, în funcție de dezorganizarea personalității, se supune unei duble condiții, și anume: un element pozitiv, în sensul că evoluția nefiind completă, persistă un anumit nivel de evoluție; un element negativ, privind disoluția unei instanțe inferioare, subordonate.

3. *Teoria straturilor* aparține școlii germane de psihologie și este o doctrină ierarhică pur psihologică și medicală. Este reprezentată prin mai multe modele: Klages, Stransky, Kraus, Lersch, Hartmann și Rothacker. Toate sunt organizate după un același model sistematic de gândire și în ele vedem cel mai apropiat sistem de psihanaliză. Pentru exemplificarea acestui fapt vom menționa sistemul personalității după Th. Rothacker.

Pentru Th. Rothacker, sistemul personalității este format din șase straturi funcționale, dispuse în două etaje:

a) Etajul personalității profunde, inconștiente, în care sunt următoarele straturi: viața din mine, animalul din mine, copilul din mine, stratul emoțional;
b) Etajul personalității corticale, reprezentat prin două straturi: personalitatea propriu-zisă și Eul.

Remarcăm la acest model de personalitate diferența netă între sfera inconștientului, numită ca atare, și sfera vieții conștiente, a Eului.

Aspectele prezentate și analizate mai sus reprezintă teorii ale personalității, privind organizarea acesteia din punctul de vedere al psihologiei.

Organizarea personalităţii în psihanaliză

Psihanaliza acordă o importanţă deosebită modului de organizare structurală a *sistemului personalităţii. Referitor la acest aspect, S. Freud vorbeşte despre aparatul psihic*, pentru a desemna personalitatea ca pe un sistem funcţional cu o organizare specifică.

Psihanaliza consideră personalitatea ca pe un „sistem" sau ca pe un „aparat" psihic organizat după un model ierarhic stratificat, format din instanţe specializate funcţional şi dispuse unele deasupra altora, de jos în sus. Recunoaştem în acest model cele expuse anterior, în special concepţiile lui H. Jackson.

Instanţele personalităţii în psihanaliză sunt următoarele: *inconştientul, subconştientul* sau *preconştientul* şi *conştientul*, care cuprinde Eul conştient şi Supra-Eul moral.

1. *Inconştientul* (*Unbewusste*) reprezintă ansamblul conţinuturilor nonprezente în câmpul actual al conştiinţei. În sens topic, el este sediul conţinuturilor refulate, cărora li s-a refuzat accesul la nivelul sferei *„preconştient/conştient"*.

Caracteristicile inconştientului sunt următoarele: este rezervorul pulsiunilor, dispune de o mare energie pulsională, pulsiunile conţinute în sfera inconştientului sunt supuse acţiunii cenzurii.

Din punct de vedere topic, distingem în inconştient trei niveluri, subliniate în special de C.G. Jung, ca o completare a teoriei inconştientului a lui S. Freud:

a) *inconştientul instinctogen*, care este rezervorul pulsiunilor elementare (*instincte*, trebuinţe etc.);
b) *inconştientul personal*, care cuprinde istoria personală a individului, experienţele trăite de persoană, conflictele patologice, amintirile din copilărie, frustrările, stările complexuale;
c) *inconştientul colectiv*, în care este depozitată amintirea experienţelor emoţionale ale întregii umanităţi, reprezentate prin arhetipuri (C.G. Jung, G. Durand, J.P. Carrier).

2. *Subconştientul* (*Unterbewusste*) reprezintă instanţa care nu este încă conştientă, *însă se află în pragul conştientului. Aceasta este o instanţă intermediară între inconştient* şi conştient. Aici este sediul cenzurii ce operează asupra pulsiunilor inconştientului.

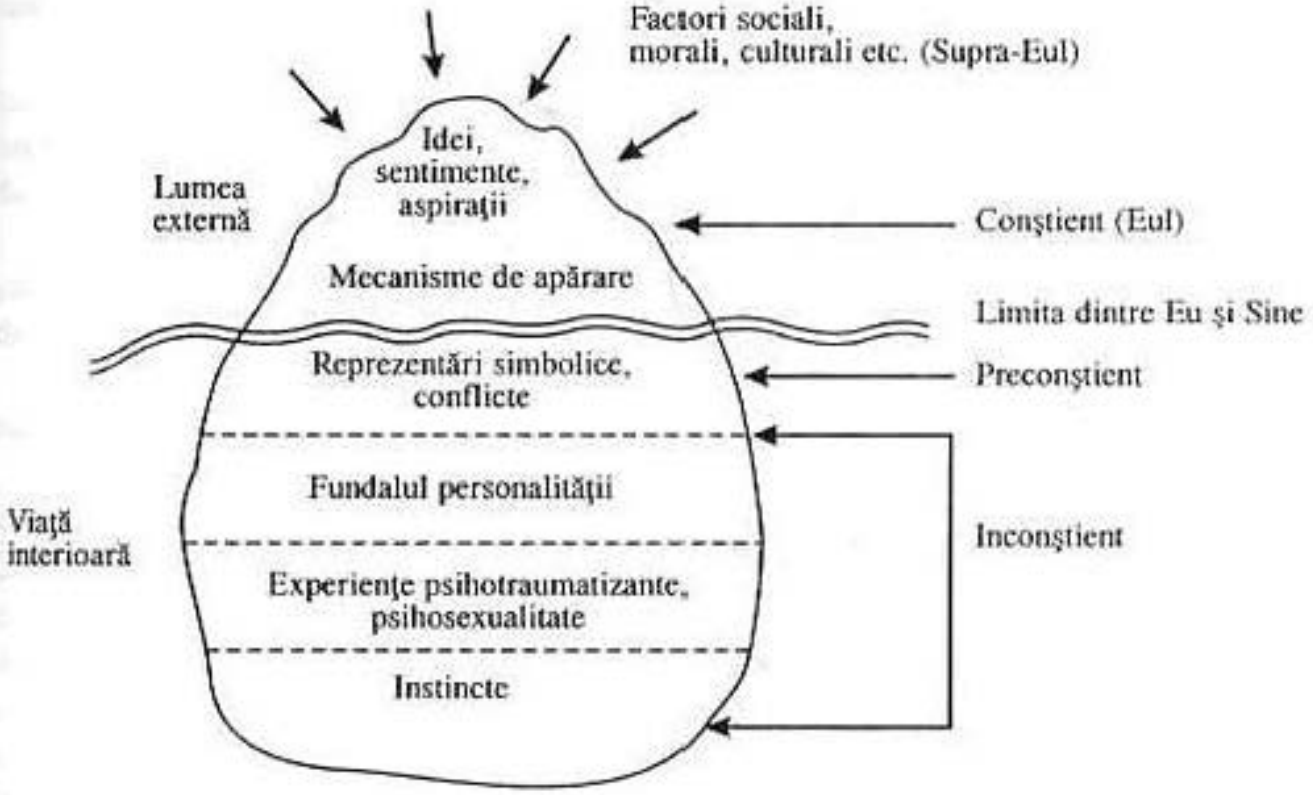
3. *Conştientul* (*Bewusstsein*) este instanţa care se află la periferia sau la exteriorul aparatului psihic, primind informaţii atât din lumea externă, cât şi din sfera vieţii psihice a inconştientului.

Din punct de vedere funcţional, această instanţă a personalităţii se opune atât subconştientului, cât şi inconştientului. Din punct de vedere energetic, ea se caracterizează prin faptul că dispune de o mare energie liberă.

Din punct de vedere structural, „conştientul" are două niveluri, şi anume:

a) *Eul* (*Ich*). Din punct de vedere topic, Eul se află într-o relaţie de dependenţă atât faţă de revendicările Sinelui şi faţă de imperativele Supra-Eului, cât şi faţă de exigenţele realităţii. El este mediatorul intereselor persoanei. Din punct de vedere dinamic, Eul reprezintă în primul rând conflictul nevrotic, polul defensiv al personalităţii, cel care pune în joc mecanismele de apărare. Din punct de vedere economic, Eul apare ca un factor de legare a proceselor psihice, cu aspect compulsiv-repetitiv.

b) *Supra-Eul* (*Über-Ich*). Rolul Supra-Eului este echivalent cu cel al unui judecător sau cenzor în raport cu Eul şi el reprezintă conştiinţa morală, „auto-controlul", zona de formare a aspiraţiilor şi a idealurilor persoanei. După părerea lui S. Freud, Supra-Eul este moştenitorul complexului Oedip.



O reprezentare schematică a sistemului personalităţii în psihanaliză ne înfăţişează persoana ca pe un sistem parţial vizibil şi parţial invizibil. Limita dintre *ceea ce vedem* şi *ceea ce este* persoana o reprezintă frontiera dintre realitatea externă şi viaţa interioară a individului (vezi schema de mai sus).

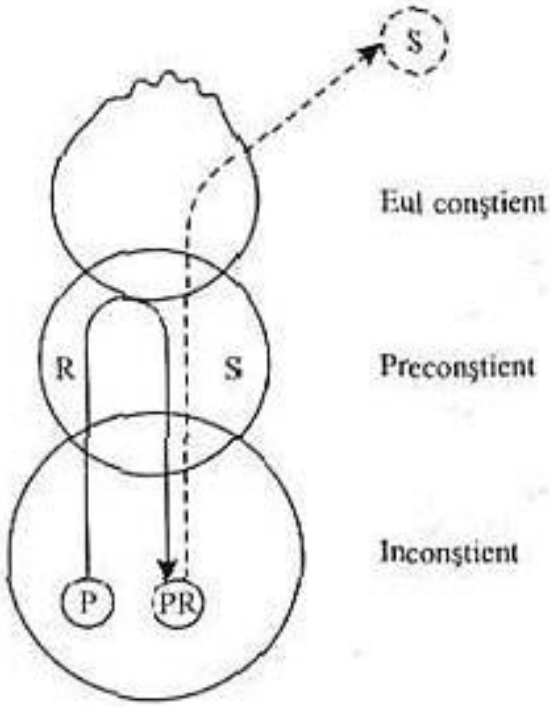
Partea vizibilă a persoanei este reprezentată de instanţa *Eului conştient şi actual*, pe când *partea nevăzută* a persoanei este reprezentată prin instanţele *inconştientului* şi *preconştientului*.

Mecanismele personalităţii în psihanaliză

Aşa cum personalitatea, în sfera psihanalizei, are un anumit tip de organizare structurală, este firesc ca ea să aibă şi un anumit tip de mecanisme de bază după care să funcţioneze acest sistem atât de complex.

Dinamica personalităţii în psihanaliză este exprimată prin relaţiile care există între instanţele ce compun acest sistem. Principalele mecanisme ale personalităţii sunt *reprezentate prin: refulare, sublimare, deplasare, simbolizare, cenzură, catharsis.* Le vom prezenta în continuare pe fiecare dintre acestea.

În psihanaliză, mecanismele personalităţii privesc regimul dinamicii pulsiunilor, mai exact spus, modalitatea prin care acestea pot părăsi sfera inconştientului pentru a trece în sfera conştientă a Eului, exteriorizându-se astfel în conformitate cu principiul plăcerii.



Schema de mai sus reproduce instanţele personalităţii (inconştientul, preconştientul şi Eul conştient) şi dinamica pulsiunilor. Pulsiunile (P) conţinute în inconştient tind să se satisfacă, dar, ajunse în instanţa de cenzură a preconştientului, ele sunt refulate (R) în inconştient, devenind, ca pulsiuni refulate (PR), veritabile focare de tensiune intrapsihică. Acestea se vor exterioriza, dar de data aceasta nu în mod direct, ci pe căi ocolite, printr-un proces de sublimare (S), exprimându-se în exterior prin forme simbolice (S), care maschează forma reală a pulsiunilor şi, în unele situaţii, le deturnează chiar sensul. Să încercăm să detaliem mecanismele respective.

Refularea este mecanismul prin care pulsiunile refuzate de Eul conştient sunt *re-trimise de către instanţa de cenzură a preconştientului în inconştient. Aceste* pulsiuni refulate se re-întorc în inconştient cu o încărcătură energetică crescută,

constituind în această situaţie veritabile focare de „tensiune intrapsihică" care trebuie să fie exteriorizate pentru a asigura o stare de echilibru a persoanei.

Cenzura este mecanismul specific instanţei preconştientului, care selectează calitativ ce pulsiune, când şi sub ce formă poate avea acces în sfera Eului conştient. Cenzura este mecanismul ce asigură libera trecere a pulsiunii în conştient din inconştient sau, dimpotrivă, cea care declanşează mecanismul de respingere, de interdicţie şi refulare a pulsiunii către inconştient.

Sublimarea este mecanismul prin care pulsiunile refulate se pot exterioriza, eliberând în felul acesta sfera inconştientului de un surplus de energie psihică, dar pe căi ocolite, nu în formă de manifestare directă, pentru a se putea evita barierele de interdicţie ale cenzurii. Sublimarea se face prin schimbarea formei pulsiunii şi prin deplasarea sensului acesteia către o formă nouă, care o înlocuieşte pe prima şi este reprezentată de simbol. Cele mai cunoscute forme ale sublimării le reprezintă activitatea de creaţie artistică şi, în special, visul sau travaliul oniric.

Simbolizarea este un act de conversiune, în virtutea căruia o pulsiune refulată, inacceptată de Eul conştient, se poate exterioriza sub forma deghizată a unei alte imagini cu o semnificaţie deturnată, fie sub formă de operă de artă, fie cel mai frecvent ca imagini onirice.

Catharsisul este unul dintre cele mai importante mecanisme ale personalităţii şi constă în descărcarea pulsională a energiilor din sfera inconştientului fie în mod direct, fie pe calea sublimării.

Vom mai reveni asupra mecanismelor referitoare la regimul dinamic al personalităţii.

Din analiza aspectelor de mai sus privind, pe de o parte, modelul de organizare al sistemului personalităţii, iar pe de altă parte, mecanismele acestui sistem se poate desprinde faptul că omul, ca fiinţă conştientă, se află dispus între două spaţii. Pe de o parte, este *inconştientul pulsional*, iar pe de altă parte, este *Supra-Eul moral*. Ambele exercită în egală măsură o permanentă tentaţie asupra *Eului conştient şi actual*, care este sfera conştiinţei prezente, dar, concomitent, şi opţionale. Eul este cel care trebuie să aleagă între presiunile inconştientului şi aspiraţiile Supra-Eului. Este, de fapt, eterna dilemă a omului, aşa cum o găsim la Sf. Pavel, care spune că „nu binele pe care îl vreau, ci răul pe care nu-l vreau îl fac", şi la Faust, care trebuie să opteze între Mefistofeles şi Margareta. Acest aspect ne revelează o nouă imagine şi funcţie a Eului conştient, aceea de a decide, de a alege între cele două posibilităţi care-i stau în mod egal la dispoziţie.

În sensul acesta, un exemplu extrem de elocvent este oferit de psihanaliza *Divinei Comedii* a lui Dante. Structura lumii în viziune dantescă „reproduce" organizarea personalităţii parcă după un model psihanalitic, Infernul, Purgatoriul şi Paradisul fiind cele trei instanţe.

Infernul, locul păcătoşilor, reprezintă, simbolic, inconştientul pulsional cu toate aspectele sale sub specie morală negativă. Aici este situată galeria pasiunilor, a instinctelor primare, a agresivităţii şi păcatului.

Purgatoriul, spre deosebire de Infernul cufundat în întuneric, este învăluit într-o atmosferă ceţoasă, incertă. Aici este sediul preconştientului, spaţiul cenzurii, locul care aşteaptă ieşirea către lumina paradisiacă. Este zona cenzurii, dar şi cea a aşteptării cathartice.

Paradisul este zona luminii, a conştientului clar al zilei, dar şi a Supra-Eului moral. Aici pulsiunile sunt înlocuite cu virtuţile morale, cu liniştea şi eliberarea completă de patimi.

Călătoria lui Dante este o traversare a registrelor sufleteşti şi morale ale persoanei, o frescă a unei vaste alegorii care unifică *omul* cu *universul*. Aceste teme ale călătoriei sunt regăsite atât în sfera psihanalizei freudiene, cât şi în simbolistica inconştientului jungian şi au semnificaţia simbolică a unor „acte iniţiatice". Însă *asupra acestor aspecte vom reveni pe larg când vom analiza simbolistica vieţii psihice* şi limbajul inconştientului.

Trebuie adăugat însă că „misterul", ca fapt uman, este păstrătorul sensurilor profunde ale omului, ale vieţii şi este plasat în cultură, în eposurile literare, pe tărâmul „lumii de dincolo". Această construcţie alegorică, „lumea de dincolo", este, de fapt, imaginea simbolică a inconştientului, dar şi „spaţiul" la care se face referinţă în „mitul peşterii" al lui Platon. Incursiuni în „lumea de dincolo" regăsim în Eneida, în dialogurile lui Lucian din Samosata, în mitul lui Orfeu, în basmele populare româneşti etc.

Dinamica formării personalităţii în psihanaliză

O ultimă problemă care se pune în mod necesar atunci când este discutată organizarea *personalităţii în psihanaliză este modul de formare a acesteia.*

Până la Freud, se considera că viaţa propriu-zisă, în special cea psihică, începe o dată cu naşterea individului, parcurgând etape succesive de dezvoltare/maturizare. Acest punct de vedere este susţinut şi demonstrat astăzi de teoria lui J. Piaget şi a altor specialişti de prestigiu.

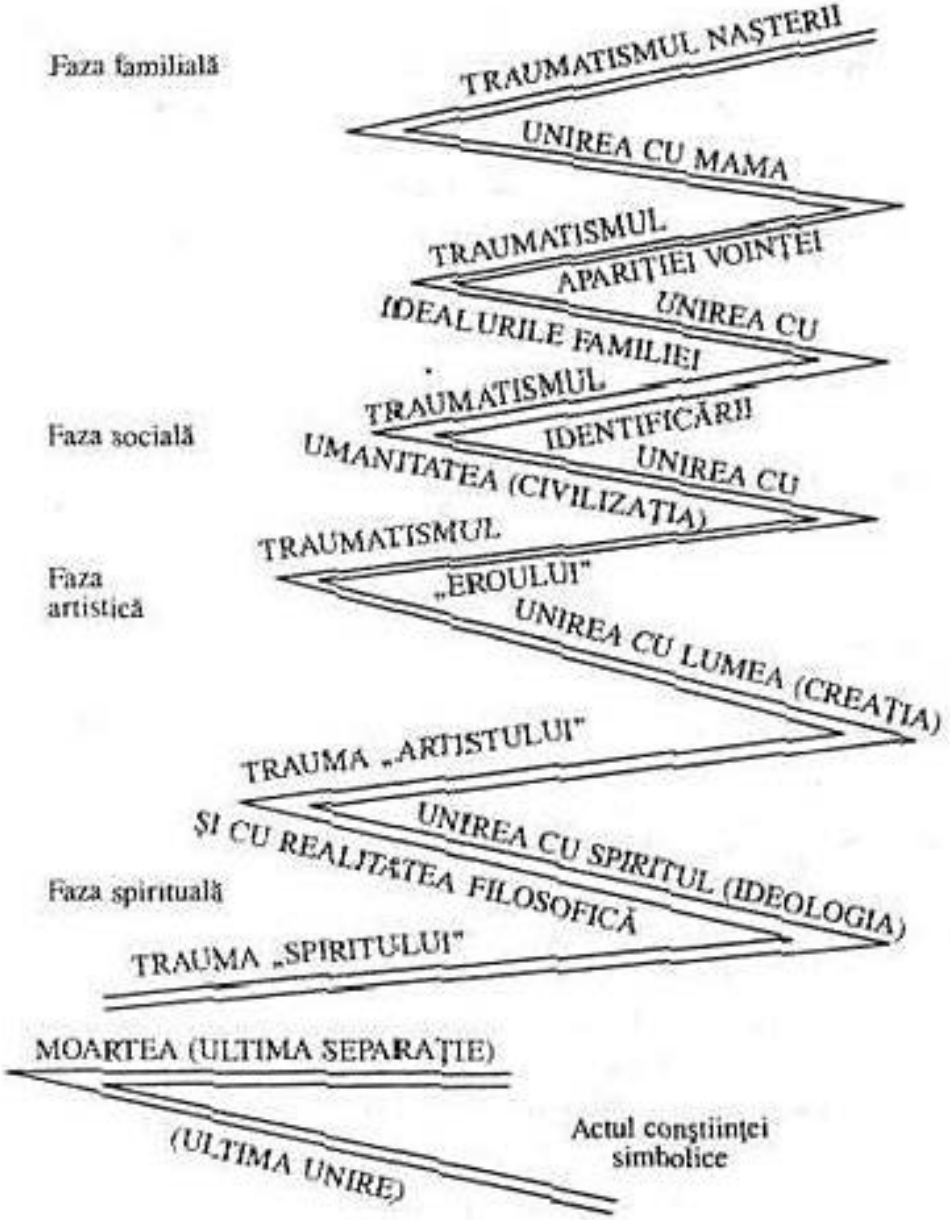
Psihanaliza are însă un punct de vedere absolut original de a considera individul, precum şi dezvoltarea sau, mai exact, formarea şi evoluţia acestuia, diferit de punctul de vedere strict al unei analize psihologice. Teza psihanalitică a evoluţiei individului are la baza ei *principiul libidoului*, iar întreaga dezvoltare a individului este o succesiune de etape ale apariţiei, dezvoltării şi regresiunii libidinale ale persoanei umane. Această concepţie, net formulată de S. Freud, a fost reluată de O. Rank, care, pe baza unor observaţii şi analize psihanalitice extrem de interesante şi originale, propune o schemă-model de formare dinamică a personalităţii, pe care o vom analiza în continuare.

După O. Rank, formarea şi creşterea personalităţii individuale este o continuă mişcare de „intrare şi ieşire" dintr-un context de relaţii. Acest proces este alcătuit din mai multe faze, fiecare începând cu o nevoie majoră de legătură şi având ca scop o reîntoarcere, o refacere a formei anterioare.

În sensul celor de mai sus, O. Rank distinge în procesul de formare a personalității individuale patru faze majore: *faza familială, faza socială, faza artistică* și *faza spirituală*. Fiecare dintre aceste faze are una sau mai multe mișcări de întoarcere *către unirea cu alte semnificații sau cu experiențe cosmice majore, manifestate sub* formă de separație sau de individualizare a persoanei respective, legate de dorința acesteia de afirmare. Să analizăm caracteristicile fiecăreia dintre aceste faze:

a) *Faza familială* consideră că viața începe cu o unire, reprezentată prin cuplul marital. În sens metaforic, simbolic, viața „începe și se termină cu o idee-tendință paradisiacă", spune O. Rank. La început este „Edenul", iar la sfârșit este „Nirvana". Nașterea individului va reprezenta o experiență psihotraumatizantă pentru copil (traumatismul nașterii), accentuată de secționarea cordonului ombilical, ca simbol al „separării de mamă" a acestuia (traumatismul secționării cordonului ombilical). Urmează apoi o etapă de creștere și de desprindere treptată a copilului de părinții săi, în special de mamă, cu ieșirea acestuia de sub controlul și autoritatea materne (traumatismul înțărcării, al mersului, al controlului sfincterian etc.).
b) *Faza socială* este considerată ca fiind o „re-naștere", prin afirmarea externă a individului, concomitent cu separarea completă a acestuia de familia sa de origine. Este faza formării și lichidării complexului Oedip.
c) *Faza artistică* reprezintă unirea individului cu realitatea, cu natura, cu lumea. Ea se caracterizează prin dominarea gândirii creative, considerată tot ca un proces de afirmare socială, de dobândire a prestigiului și autorității individuale.
d) *Faza spirituală* este considerată a fi faza superioară, corespunzătoare idealurilor etice și spirituale ale individului. Ea este privită ca un proces de afirmare deplină a persoanei respective. Această fază este caracterizată prin identificarea individului cu anumite ideaturi spirituale, ideologice sau filosofice, reprezentând în fond momentul desăvârșirii ființei sale.

Aceste aspecte, care sunt reprezentate în schema de la pagina 50, cuprind în ele atât *factori de progres*, cu caracter stimulativ, cât și *factori psihotraumatizanți*, cu caracter frustrant. Evoluția individului este considerată în psihanaliză un continuu efort de adaptare și de realizare libidinală. Însă acest proces al tendințelor pulsionale ale inconștientului se ciocnesc fie de cenzura subconștientului, fie de normele vieții sociale. Evoluția individului devine astfel un lung șir de experiențe psihotraumatizante, de frustrări menționate de O. Rank: traumatismul nașterii, traumatismul secționării cordonului ombilical, traumatismul înțărcării, al mersului, al obligativității controlului sfincterian, situația oedipiană, dobândirea unui statut și rol social, identificarea complementară cu partenerul de viață, investirea cu autoritate și prestigiu social, acceptarea declinului biologic, împăcarea cu destinul și resemnarea în fața morții.



Este un punct de vedere interesant, care pune în valoare dinamica profundă a pulsiunilor libidinale ale inconştientului şi rolul acestuia în formarea personalităţii ca proces continuu, desfăşurat pe toată durata vieţii persoanei respective.

Capitolul 4

Inconştientul şi pulsiunile

Inconştientul

În psihologie, termenul de *inconştient* se aplică faptelor psihice care scapă conştiinţei subiectului la care acestea se produc (A. Porot). El desemnează deci ansamblul acelor părţi ale proceselor psihice care scapă sintezei conştiente. În felul acesta, el ne apare ca o clarificare a unor motivaţii şi semnificaţii imanente conduitei umane.

Existenţa inconştientului a fost semnalată încă dinainte de S. Freud, în primul rând în filosofie, de Leibniz, Carus, Hartman şi Schopenhauer. În psihologie, cei care s-au referit la formele psihice inconştiente au fost: P. Janet (*Automatisme psychologique*, 1889), Bernheim (*Hypnotisme, psychothérapie, suggestion*, 1891), Binet (*Les altérations de la personalité*, 1892), Ribot (*La vie inconsciente et les mouvements*, 1914).

În opera psihanalitică a lui S. Freud, inconştientul este menţionat în lucrarea sa *Traumdeutung* (1899) în legătură cu *aparatul psihic*, la care distinge trei calităţi sau instanţe: *conştientul, preconştientul* şi *inconştientul*. După S. Freud, inconştientul este instanţa personalităţii în care sunt depozitate pulsiunile individului.

Această teorie referitoare la structura aparatului psihic este revizuită de către S. Freud în 1923, care de data aceasta distinge următoarele trei instanţe ale personalităţii: *inconştientul, Eul* şi *Supra-Eul*. În cadrul acestui sistem al personalităţii, inconştientul este instanţa psihică cea mai primitivă, cea mai elementară a vieţii psihice. Ea este constituită din pulsiunile instinctive, veritabile forţe biologice care tind în mod permanent să se descarce în sfera conştientului.

A doua instanţă a personalităţii este reprezentată de *Supra-Eu*, care nu trebuie confundat cu idealul Eului şi nici cu conştiinţa morală. Acesta se naşte din asimilarea prin introiecţie a interdicţiilor parentale şi a altor forţe represive care-şi exercită acţiunea asupra individului în cursul dezvoltării sale.

Eul este instanţa personalităţii care se diferenţiază de cea a inconştientului prin caracterul său de instanţă în contact cu realitatea externă. Aceasta este instanţa conştientă a personalităţii individului.

Dacă pentru S. Freud inconştientul este o zonă unică şi unitară a aparatului psihic, depozitarul exclusiv al pulsiunilor individului, C.G. Jung distinge două zone bine diferenţiate în acest strat al personalităţii: *inconştientul individual* şi *inconştientul colectiv*. Trebuie notat însă faptul că aceste două zone ale inconştientului la

care se referă C.G. Jung nu exclud şi nici nu înlocuiesc *inconştientul pulsional* sau *inconştientul instinctogen* al lui S. Freud, ci vin numai să-l completeze.

Inconştientul individual este depozitarul amintirilor şterse, înceţoşate, al imaginilor penibile, refulate sau „uitate", precum şi al altor materiale care nu sunt încă apte pentru a putea intra în sfera conştientului. Inconştientul personal va conţine reminiscenţele infantile cele mai precoce ale individului.

Inconştientul colectiv cuprinde „cunoştinţele epocii preinfantile sau vestigiile existenţei ancestrale", susţine C.G. Jung. După acesta, „pe când imaginile formate de amintirile inconştientului personal sunt imagini plenare pentru că sunt trăite de individ, vestigiile amintirilor conţinute în inconştientul colectiv sunt simple siluete, pentru că ele nu au fost trăite în mod individual" (C.G. Jung).

Dacă inconştientul personal este sediul experienţelor individuale anterioare, trăite în mod direct de individ, inconştientul colectiv este sediul experienţelor colective anterioare, trăite direct de întreaga umanitate şi cu care individul se naşte, ca o parte psihologică proprie persoanei sale. Acestea sunt „arhetipurile" sau „imaginile primordiale" (*eidola*) despre care vorbeşte şi Platon (*Republica*).

Pentru inconştientul personal este specific mecanismul sublimării, al „prezenteificării" experienţelor anterioare trăite în sfera conştientă a Eului personal. Pentru inconştientul colectiv, susţine C.G. Jung, este specifică funcţia transcendentală, care proiectează individul în orizontul valorilor aflate în relaţie cu arhetipurile, cu experienţa colectivă anterioară a umanităţii.

Aceste două straturi ale inconştientului despre care vorbeşte C.G. Jung nu exclud, aşa cum spuneam mai sus, un al treilea strat al inconştientului, respectiv inconştientul instinctogen, care este sediul pulsiunilor. Specific inconştientului instinctogen ca mecanism este actul refulării.

Dacă problema inconştientului pare a fi clară, nu la fel stau lucrurile în ceea ce priveşte conţinutul acestuia. Încă de la S. Freud, este admis de către toţi specialiştii că inconştientul este sediul sau depozitarul pulsiunilor individuale, dar asupra naturii acestora discuţiile nu par a fi pe deplin încheiate.

Referitor la pulsiuni există numeroase puncte de vedere, teorii, controverse. Un fapt este clar. Problema există de foarte multă vreme, cu mult înaintea naşterii psihanalizei ca ştiinţă, dar s-a impus în moduri diferite celor care au încercat să răspundă la ea. În orice caz, sintetizând în plan istoric şi psihologic problema, putem afirma că, în ceea ce priveşte pulsiunile, se discută două mari aspecte de ordin psihologic: *pasiunile* şi *pulsiunile*. Le vom trata pe rând în cele ce urmează. *Menţionăm însă că între pasiuni şi pulsiuni deosebirile sunt în primul rând* de orientare doctrinară şi de atitudine metodologică, întrucât primele au în special o conotaţie morală, pe când ultimele intră în mod direct în sfera psihologiei şi a psihopatologiei, de unde au fost preluate de psihanaliză.

Pasiunile

Termenul „pasiune" vine de la latinescul *passio*, care înseamnă „a suporta", „a suferi". Termenul latinesc, la rândul său, se înrudeşte cu grecescul *pathos*, care înseamnă „suferinţă" sau „stare afectivă".

Aparţinând (la originea lor) sferei morale şi desemnând stări de spirit dezagreabile, rele, neplăcute, suferinţe morale (Homer, Eschil, Sofocle, Euripide), ele vor desemna în creştinism suferinţele şi moartea lui Iisus.

Descartes le defineşte ca reprezentând toate stările sufleteşti rezultate din impresiile produse unui individ şi care nu sunt legate de voinţă, subliniind în felul acesta faptul că pasiunile scapă controlului conştiinţei.

În epoca modernă, Th. Ribot consideră pasiunea ca fiind o emoţie prelungită şi intelectualizată, care a suferit astfel o metamorfoză necesară.

În sensul actual, *pasiunea* reprezintă o înclinaţie dominantă şi care poate deveni exclusivă, similară sau asimilabilă emoţiei.

Înclinaţia sau tendinţa exclusivă care servesc ansamblul de funcţii psihice, perturbând judecata şi conduitele, sunt tot caracteristici ale pasiunilor, care descoperă relaţiile acestora cu sfera moralei.

Pasiunea mai poate fi considerată şi ca o tendinţă psihică dominantă, putând da un sens vieţii, prin concentrarea energiilor individului, şi permiţând realizarea, în felul acesta, a unei opere dificile.

În psihologia contemporană, pasiunile sunt considerate ca fiind experienţe trăite, dar concomitent şi ca structuri dobândite ale personalităţii individului.

Pentru H. Ey, pasiunea este dezvoltarea istorică a evenimentelor trăite în funcţie de un sistem conştient de afecte, elementul afectiv fiind, în acest caz, dominanta caracteristică a pasiunii.

Istoria pasiunilor este extrem de interesantă şi semnificativă, fiind un exemplu de evoluţie a concepţiilor şi atitudinilor faţă de acestea. Stoicii acordau o mare importanţă pasiunilor, pe care le asociau cu ideea de pasivitate, întrucât se considera că „omul pasional" este sclavul pasiv al acestora. Pentru stoici, mişcările pasiunilor rezultă din tendinţe care nu pot fi nici judecate şi nici controlate (Epictet, Marc Aureliu).

În creştinism, pasiunile devin patimi şi suferinţe care împing omul către păcat. Din acest motiv, sursa păcatelor este considerată a fi sfera pasiunilor, a „poftelor" primare, trupeşti de regulă, sau a instinctelor umane (I. Hausherr).

În plin Ev Mediu scolastic, Sf. Thoma d'Aquino atribuie pasiunilor un caracter de bipolaritate ca orientare, dându-le ca urmare o conotaţie morală: dragoste-ură, dorinţă-aversiune, plăcere-durere, speranţă-disperare, iubire-mânie. În aceeaşi perioadă, Dante clasifică pasiunile în: patimi, pe care le aşază în Infern, şi virtuţi, pe care le aşază în Paradis, preluând în felul acesta tezele moralei tomiste.

La Descartes, pasiunile au o notă morală, dar şi importante trăsături psihologice care exprimă caracterul unei persoane, iar pentru La Rochefoucauld şi Helvétius, ele desemnează în primul rând caracterul individului.

Deschiderea pe care o face Descartes către psihologie marchează începutul desprinderii pasiunilor de sfera moralei. În sensul acesta, începând cu Magendie, care vorbeşte de „pasiuni animale" şi „pasiuni sociale", se încearcă fundamentarea fiziologică şi psihologică a pasiunii. Opera de transferare a pasiunilor în domeniul medicinei îi aparţine lui Ph. Pinel. Acesta împarte pasiunile în două grupe, după *criterii „fiziologice" şi „psihologice" : pasiuni viscerale şi pasiuni cerebrale.* Continuând această linie, Broussais face o sinteză a concepţiilor lui Magendie şi Pinel referitoare la pasiuni, reţinând următoarele tipuri : pasiuni animale, pasiuni sociale, pasiuni intelectuale. Din acest moment, putem considera pasiunile ca aparţinând definitiv domeniului psihologiei.

Ch. Fourier distinge mai multe forme de pasiuni, pe care le împarte în trei grupe principale, şi anume :

a) pasiuni senzitive, legate de cele cinci simţuri ;
b) pasiuni spirituale, care formează lanţul legăturilor sociale (iubirea, ambiţia, prietenia, familiarismul) ;
c) *pasiuni distributive, în care intră : spiritul de partid ; nevoia de varietate periodică* ; pasiuni compozite, rezultate din combinarea mai multor plăceri ale simţurilor şi sufletului.

Interesant este punctul de vedere al lui Th. Ribot, care consideră că „pasiunea ocupă în ordinea afectivă locul pe care ideea fixă îl ocupă în ordinea intelectuală. Ea rupe echilibrul înclinaţiilor, dirijând întreaga energie către un acelaşi punct".

Intrate definitiv în sfera psihologiei şi a psihiatriei, astăzi pasiunile se grupează în două clase (A. Porot) :

a) forme minore de pasiuni, reprezentate prin : joc ; perversiuni sexuale ; alcoolism şi toxicomanii ; obiceiuri tiranice ;
b) forme majore de pasiuni, care sunt caracterizate prin dereglări afective de mare intensitate, dominând personalitatea, gândirea şi comportamentul şi creând, în felul acesta, tablouri clinico-psihiatrice diferite, de tipurile următoare : stări paranoide ; delirul pasional ; psihozele paranoide.

Din clasificarea de mai sus se poate desprinde faptul că pasiunile au o importantă dimensiune medico-psihiatrică, ele devenind „tulburări" psihice majore, de tipul psihozelor în anumite circumstanţe.

Important de reţinut, din punct de vedere istoric, este faptul că în evoluţia concepţiilor şi a atitudinilor faţă de pasiuni se notează trei etape : *etapa morală, etapa psihologică* şi *etapa medico-psihiatrică*.

Pentru completarea imaginii referitoare la pasiuni, vom insista asupra modului în care acestea sunt considerate şi asupra tratamentului aplicat pasiunilor. Acest aspect este esenţial în înţelegerea psihanalizei şi, în special, a psihoterapiei.

Se consideră că, deşi au o mare influenţă asupra persoanei umane, nici o pasiune nu este de neinvins. Orice pulsiune violentă poate fi contracarată de o facultate psihică de rezistenţă similară ca putere celei care a produs-o.

După M. Boigey, pasiunile pot beneficia de un tratament complex, cu caracter diferenţiat, şi care include *măsuri medicale, măsuri penal-juridice* şi un *tratament religios*, acesta din urmă având cel mai mult caracterul unei psihoterapii analitice, aşa cum se va vedea.

Tratamentul medical al pasiunilor se referă la corectarea comportamentului prin intermediul unor procedee medicale (lobotomie frontală, medicaţie neuroleptică etc.). Se consideră însă că educaţia medicală este, în acest caz, mai puţin importantă decât cea morală. Cu toate acestea, se acordă un rol important măsurilor de igienă mintală (C. Enăchescu). În sensul acesta, sunt cunoscute preceptele Şcolii medicale de la Salerno, din secolul al XII-lea care, referindu-se la tulburări produse de pasiuni, indica următoarele: *„Si tibi deficiunt medici, medici tibi fiant. Haec tia: mens hilaris, requies, moderata dieta"*.

Tratamentul judiciar se impune ori de câte ori pasiunile împing comportamentul către acte antisociale, creând devianţe de tip sociopatic. Se consideră că omul trebuie să se comporte în aşa fel în societate încât să nu comită acte antisociale, contrare legilor. Unele pasiuni se nasc din relaţiile conflictuale dintre oameni sau dau naştere unor confruntări violente şi conflicte. În aceste situaţii se impune adoptarea unor măsuri juridice cu caracter penal împotriva categoriei respective de indivizi.

Tratamentul religios are un caracter particular, impunându-se mai ales în acele cazuri în care tratamentul medical sau cel juridic sunt neindicate. Atunci, asistenţa religioasă rămâne singura resursă la care trebuie să se apeleze. Ea are, în primul rând, un caracter de psihoterapie confesională specifică, în sfera căreia preotul devine confidentul şi sursa soluţiilor morale şi psihologice ale individului. Din punct de vedere psihologic şi psihoterapeutic, forma cea mai eficace o reprezintă confesiunea (spovedania). Aceasta are valoarea şi semnificaţia unui act psihoterapeutic pur, realizând ceea ce va face ulterior în sfera medicală psihanaliza, şi anume, în primul moment un act de transfer pozitiv al individului asupra preotului, iar în al doilea pas o eliberare cathartică a individului.

Referitor la tratamentul pasiunilor, M. Boigey spune că „medicul, magistratul şi preotul rămân arbitrii dezvoltării, canalizării şi tratamentului pasiunilor umane".

Pulsiunile

Între pulsiuni şi pasiuni există o relaţie foarte importantă. Ea este dată de acţiunea prin care S. Freud, printr-un act de medicalizare, a transformat pasiunile în pulsiuni, situându-le sediul în sfera inconştientului şi făcând din ele materialul de bază al procesului psihanalitic. Astfel, pulsiunile ocupă un loc extrem de important în psihanaliză şi psihoterapie.

La vremea sa, Seneca spunea că *„pasiunile* şi *raţiunea* nu au sedii distincte în noi, ele nefiind decât firea omului înclinată către *bine* sau către *rău"*. Prin aceasta, el preciza că pasiunile şi raţiunea, cele două aspecte ale vieţii psihice, sunt concepte

antitetice, porniri naturale ale omului, primele fiind involuntare şi necontrolabile, pe când celelalte sunt conştiente, voluntare şi orientate în mod controlat către un scop precis.

În psihologie şi psihanaliză, pulsiunea se defineşte ca fiind tendinţa instinctivă parţială, element cu caracter dinamic al realităţii interioare şi care stă la originea dorinţelor umane cu caracter inconştient (A. Porot).

Remarcăm din această definiţie a pulsiunilor următoarele aspecte: tendinţa instinctivă; caracterul dinamic; relaţia cu dorinţele; caracterul incontrolabil şi inconştient.

O altă definiţie afirmă că pulsiunea este un proces dinamic, constând dintr-o încărcare energetică sau o presiune care face ca organismul să tindă către realizarea unui scop anumit.

Pulsiunea îşi are sursa într-o excitaţie corporală (starea de tensiune), scopul ei fiind de a suprima starea de tensiune din sursa pulsională şi, în felul acesta, pulsiunea îşi poate atinge ţinta în obiect sau mulţumită acestuia.

Orice *pulsiune* are un caracter imperativ. Din acest motiv, ea se deosebeşte de *instinct*, care este un comportament animal ereditar, caracteristic speciei şi adaptat obiectului său.

După S. Freud, „numim pulsiuni forţele pe care le postulăm în spatele tensiunilor generatoare de nevoi ale sinelui".

Aşa cum spuneam mai sus, conceptul de *pulsiune* derivă din cel de pasiune, prin medicalizarea acestuia din urmă şi confiscarea sa din sfera moral-juridico-religioasă de către S. Freud, care îl plasează în sfera medicinei, punându-l să joace un rol esenţial în psihanaliză.

D. Lagache distinge trei momente în derularea procesului pulsional, şi anume:

a) *sursa*, care este o stare de excitaţie din interiorul corpului individului;
b) *scopul*, care este presiunea pe care o exercită această excitaţie;
c) *obiectul*, care este instrumentul cu ajutorul căruia este obţinută satisfacţia.

După D. Lagache, „pulsiunea este un concept de frontieră între biologic şi mental, ea fiind din acest motiv mai puţin o realitate observabilă, concretă, cât, în primul rând, o entitate mitică".

Pentru înţelegerea acestor aspecte, să urmărim evoluţia şi maturizarea pulsiunilor.

În psihanaliză se consideră că sursa pulsiunilor este corporală şi independentă de mediu. Ele se maturizează o dată cu maturizarea corporală, în mod cronologic, pe etape sau *stadii pulsionale*. Stadiile pulsionale sunt următoarele:

1. *Stadiul oral, cu două substadii*: a) *stadiul oral primitiv* (sugere), care corespunde primului semestru al vieţii individului; b) *stadiul oral tardiv* (sugere), care începe cu cel de-al doilea semestru de viaţă.
2. *Stadiul anal* sau *sadic-anal*, se situează între vârsta de 2 şi 3 ani, când tensiunile se descarcă prin defecaţie. Este etapa de satisfacere libidinală, legată de evacuarea materiilor fecale şi excitarea mucoasei anale. Este un stadiu de ambivalenţă sexuală.

3. *Stadiul falic* se situează la vârsta cuprinsă între 3 şi 5 ani şi are ca obiect organele genitale. Tensiunea se descarcă prin atingeri ale acestora.
4. *Perioada de latenţă* este cuprinsă între vârsta de 6 şi cea de 14 ani, o dată cu descreşterea tensiunii pulsionale.
5. *Perioada de pubertate* este vârsta de inaugurare a stadiului genital şi a celui de sexualitate adultă.

Încercarea de a reuni pulsiunile animale şi cele umane într-un singur „grup ordonat" a eşuat de cele mai multe ori.

După părerea lui L. Szondi, „un sistem pulsional trebuie să oglindească sursele genetice originare care condiţionează cursul vieţii unei fiinţe vii şi care amintesc de *hormé*-ul lui C. von Monakow. Făcând această afirmaţie, L. Szondi apropie pulsiunile de principiul vital, concept prezent atât în multe sisteme filosofice, cât şi în psihologie (Maine de Biran, Bergson etc.). Orice sistem pulsional trebuie să cuprindă ansamblul vieţii pulsionale în totalitatea sa, înţelegând prin aceasta fiecare dintre factorii pulsionali sau „pulsiunile parţiale". Astfel, un sistem pulsional nu poate oferi o vedere sintetică a întregului ansamblu al vieţii pulsionale (L. Szondi).

Diversitatea punctelor de vedere biologice şi psihologice posibile şi necesare pentru a stabili o clasificare a pulsiunilor într-un sistem ierarhic conduce la complicaţii care, după L. Szondi, ne îndepărtează de esenţa problemei. Acestea se datorează în primul rând mentalităţii de pe poziţia căreia privim problema sau, cum se exprimă tot L. Szondi, „spiritul epocii joacă un rol foarte important în alegerea punctelor de vedere".

Este de la sine înţeles faptul că „pulsiunile umane" sunt net diferite de „pulsiunile animale" şi că a considera problema din punct de vedere biologic sau psihologic şi chiar social impune o netă diferenţiere în sfera domeniului de referinţă.

Va trebui să avem în vedere criteriile de evoluţie, natura umană, diferită de cea exclusiv animală, factorii represiv-modelatori sociali, educaţia, cultura, morala şi religia.

L. Szondi raportează *sfera pulsiunilor* la *psihologia abisală*, admiţând relaţia acesteia cu inconştientul care este sediul celor dintâi. În acest sens, L. Szondi afirmă că pentru sfera inconştientului există trei straturi cu o dezvoltare cronologică diferită, şi anume: *inconştientul personal, inconştientul familial* şi *inconştientul colectiv*. Le vom analiza, pe rând, în continuare.

1. *Inconştientul personal* este sediul pulsiunilor sexuale individuale care se opun pulsiunilor Eului, motiv pentru care S. Freud vorbeşte despre dualismul dintre „pulsiunea sexuală" şi „pulsiunea Eului".
2. *Inconştientul familial* se situează imediat sub inconştientul personal şi este din punct de vedere cronologic anterior acestuia. El este sediul elementelor primare conştiente şi transmise sub formă de pulsiuni familiale. Acestea rezultă din combinaţia dintre pulsiunile individuale şi pulsiunile familiale dominante. În concepţia „analizei destinului" individului, L. Szondi le consideră ca reprezentând un sistem pulsional genetic familial. Autorul menţionat îşi fundamentează punctul de

vedere pe date oferite de patologia ereditară a bolilor mintale, şi care, după părerea lui, înglobează opt nevoi pulsionale, despre care vom vorbi în continuare.

3. *Inconştientul colectiv* reprezintă zona cea mai profundă a inconştientului şi generează un sistem pulsional colectiv, arhaic, având la bază arhetipurile lui C.G. Jung. Acesta pune în evidenţă rolul arhetipurilor în viaţa imaginară a individului, sub formă de „viziuni" şi halucinaţii, în cursul viselor sau în ficţiuni. Ele reprezintă pulsiunile arhaice colective.

Clasificarea şi descrierea pulsiunilor

Făcând o analiză a pulsiunilor în planul general, L. Szondi distinge următoarele trăsături ale acestora, pe care le numeşte „criterii ale sistemului pulsional ideal":

a) *globalitatea*, conform căreia un sistem pulsional trebuie să reprezinte viaţa pulsiunilor în ansamblul său;
b) *posibilitatea de a analiza ierarhia factorilor pulsionali* sau, cu alte cuvinte, „pulsiunile parţiale";
c) *excluderea structurii pulsionale proprii cercetătorului* în cursul „întâlnirii" acestuia cu subiectul (psihodiagnostic sau situaţie psihoterapeutică);
d) *excluderea spiritului sau a mentalităţii epocii*;
e) *fuziunea celor trei sisteme pulsionale distincte din punct de vedere cronologic*: sistemul pulsional individual, familial şi colectiv.

S-a constatat faptul că, la om, acţiunile pulsionale sunt determinate de gene specifice, numite „gene pulsionale". Acestea sunt transmise din generaţie în generaţie, de la ascendenţi la descendenţi. Ele au un caracter polimorf.

Dacă admitem ipoteza că aspiraţiile pulsionale sunt de origine genetică, trebuie să admitem şi că natura comună a tuturor pulsiunilor rezidă în tendinţa acestora de a reproduce o stare existentă anterior în ascendenţa individului respectiv. Acest punct de vedere coincide cu definiţia pe care S. Freud a dat-o pulsiunii: „O pulsiune este un imbold sau o tendinţă înnăscută a organismului viu, tinzând ca să restabilească o stare anterioară".

Teoria genetică a pulsiunilor ne duce la câteva constatări pe care le vom expune în continuare, şi anume:

1. Sursa pulsiunilor o constituie genele pulsionale, care sunt reprezentate prin: aspiraţii sau tendinţe pulsionale; nevoi sau factori pulsionali; nevoi sau vectori pulsionali.
2. O aspiraţie pulsională nu este determinată decât de o singură genă cu caracter predispozant fie pe linie paternă, fie pe linie maternă.
3. Din analiza structurii genetice a pulsiunilor se poate trage concluzia cu privire la polaritatea dintre aspiraţii şi nevoi, în sensul că avem de-a face cu două tipuri de polarităţi: polaritatea factorială, ce are ca origine antagonismul dintre tendinţele

pulsionale materne şi cele paterne; polaritatea vectorială, care îşi are originea în antagonismul a două nevoi ce se asociază pentru a forma o pulsiune.

4. Doctrina pulsională, aplicată de L. Szondi în „analiza destinului" individual, se bazează pe dualismul perechilor antagoniste de aspiraţii sau nevoi. În sensul acesta, conceptul de „pereche pulsională antagonistă" nu este altceva decât expresia psihologică a unui concept biologic.
5. Plecându-se de la teoria genetică a pulsiunilor, trebuie admis faptul că în viaţa pulsională a unei persoane numai *nevoile* au o bază biologică, pe când ceea ce numim, de fapt, *pulsiuni* rezultă din combinaţia unor nevoi specifice.
6. Din cele de mai sus rezultă faptul că, din punct de vedere biologic, este mai corect să se vorbească despre o *„psihologie a nevoilor"* decât despre o *„psihologie a pulsiunilor"*.
7. De aceea, *pulsiunile* ne apar ca fiind rezultatul combinaţiei diferitelor *nevoi*, aspiraţia şi nevoia reprezentând, în acest caz, unităţi pulsionale. O pulsiune este, prin urmare, rezultatul unei sinteze.
8. Combinaţia nevoilor pentru a da naştere pulsiunilor depinde de factori genetici, de factori interni şi externi, cât şi de Eu.

Plecând de la criteriile de apreciere psihopatologică, L. Szondi distinge patru grupe pulsionale, pe care le numeşte *vectori pulsionali*. Denumirea de „vector pulsional" pune în evidenţă un cuantum pulsional delimitat, cu o direcţie pulsională particulară, direcţie în care se manifestă nevoile şi aspiraţiile pulsionale intricate (L. Szondi).

După L. Szondi, cele patru grupe de pulsiuni sau de vectori pulsionali sunt următoarele:

a) *vectorul S* sau pulsiunea sexuală;
b) *vectorul P* sau pulsiunea paroxismală, de surpriză, denumită şi pulsiunea de protecţie sau pulsiunea etică;
c) *vectorul Sch* sau pulsiunea Eului;
d) *vectorul C* sau pulsiunea de contact.

Fiecare dintre cele patru grupe psihopatologice de mai sus cuprinde câte două modalităţi de manifestare, disociabile clinic şi genetic. Astfel, sunt diferenţiate opt nevoi pulsionale specifice, pe care L. Szondi le numeşte *factori pulsionali*. Aceste aspecte apar în felul următor ca mod de distribuţie:

Grupele ereditare psihologice de vectori pulsionali	Grupele de factori pulsionali sau pulsiuni specifice	
Vectorul S „pulsiuni sexuale"	Homosexualitate	(h)
	Sadism	(s)
Vectorul P „pulsiuni paroxismale"	Epilepsie	(e)
	Isterie	(hy)

Grupele ereditare psihologice de vectori pulsionali	Grupele de factori pulsionali sau pulsiuni specifice	
Vectorul Sch „pulsiunile Eului" sau „schizoforme"	*Schizofrenie catatonică*	*(k)*
	Schizofrenie paranoidă	(p)
Vectorul C „pulsiuni de contact" sau „circulare"	Stare depresivă	(d)
	Stare maniacală	(m)

Vom expune în continuare caracteristicile fiecăruia din cei opt factori pulsionali specifici.

1. *Factorul pulsional h* exprimă nevoia de tandreţe, de sentimente materne, de pasivitate, de feminitate.
2. *Factorul pulsional s exprimă nevoia de agresivitate, de sadism, de masculinitate,* de sentiment patern, de activitate şi virilitate.
3. *Factorul pulsional e* exprimă nevoia de acumulare a unor afecte brutale: furie, ură, mânie, dorinţă de răzbunare.
4. *Factorul pulsional hy* exprimă nevoia de a se da în spectacol sau de a se exhiba, de a se pune în valoare.
5. *Factorul pulsional k* exprimă nevoia de interiorizare a Eului, egosistola (Eul care ia poziţie, Eul realist care ia în posesie obiectele).
6. *Factorul pulsional p* exprimă nevoia de dilatare a Eului, egodiastola (Eul spiritual).
7. *Factorul pulsional d* exprimă nevoia de achiziţie de obiecte, de căutare-cercetare, nevoia de a cuceri, analitatea (S. Freud).
8. *Factorul pulsional m* exprimă nevoia de a se agăţa de obiectele dobândite, *securizarea, oralitatea (S. Freud).*

Mergând mai departe cu analiza structurii şi dinamicii pulsiunilor, L. Szondi *constată că fiecare nevoie pulsională se poate manifesta sub trei forme, şi anume:* într-o formă negativă sau morbidă; într-o formă fiziologică sau normală; într-o formă socializată sau sublimată.

Studiile practice şi teoria lui Szondi referitoare la pulsiuni aduc o contribuţie deosebit de importantă în domeniu, de care suntem absolut obligaţi să ţinem seama. *Ea face diferenţierea între nevoile biologice şi pulsiunile psihologice,* dar concomitent insistă şi pe relaţiile dintre acestea. În plus, se face o precizare semnificativă a „nivelurilor de organizare" ale inconştientului, menţionându-se faptul că fiecărei instanţe a inconştientului îi sunt specifice anumite *„tendinţe pulsionale"*, aşa cum s-a arătat mai sus.

Teoria lui L. Szondi aduce importante contribuţii la cunoaşterea personalităţii umane, stabilind un cadru mult mai riguros al analizei şi clasificării domeniului *pulsional.*

Am arătat mai sus care sunt caracteristicile pulsiunilor şi cum sunt acestea clasificate în raport cu respectivele particularităţi în sistemul pulsional al lui L. Szondi. Importanţa lor în psihanaliză este majoră, iar relaţia lor cu inconştientul este

esenţială. În sensul acesta, vom reda în continuare o clasificare sintetică a pulsiunilor, mai frecvent utilizată în psihanaliză. În cadrul ei, se disting mai multe grupe de pulsiuni :

1. *Pulsiunea agresivă* cuprinde grupa pulsiunilor orientate către moarte, în măsura în care ele sunt îndreptate spre exterior. Scopul pulsiunilor agresive este distrugerea obiectului.
2. *Pulsiunea de distrugere* cuprinde pulsiunile de moarte privite dintr-o perspectivă apropiată de experienţa biologică şi psihologică. Uneori, extensiunea ei este aceeaşi cu cea a termenului de „pulsiune de moarte", dar, mai frecvent, ea califică pulsiunea de moarte în măsura în care este orientată spre lumea exterioară. Este o pulsiune foarte apropiată şi greu de diferenţiat de pulsiunea agresivă.
3. *Pulsiunea de dominaţie* este o pulsiune sexuală care nu se uneşte decât în mod secundar cu sexualitatea şi al cărei scop este de a domina obiectul prin forţă. Ea are două aspecte, şi anume : instinctul de posesiune, care implică ideea unui bun ce trebuie conservat ; instinctul de stăpânire, care evocă o dominare controlată prin forţă.
4. *Pulsiunea parţială* desemnează ultimele elemente la care a ajuns psihanaliza în cercetarea sexualităţii. Fiecare dintre aceste elemente se defineşte printr-o sursă (pulsiune orală, pulsiune anală) şi un scop (pulsiunea de a vedea, pulsiunea de a domina).

   Termenul „parţial" ce se atribuie acestei pulsiuni nu semnifică faptul că pulsiunile parţiale sunt specii aparţinând clasei pulsiunii sexuale în generalitatea sa. Ele trebuie luate mai ales în sens genetic şi structural : pulsiunile parţiale funcţionează mai întâi independent şi tind să se unească în diferite organizări libidinale.
5. *Pulsiunea sexuală* este presiunea internă care în psihanaliză are o semnificaţie mai largă decât activitatea sexuală. Obiectul ei nu este biologic predeterminat, modalităţile de satisfacere şi scopurile sunt variabil legate de anumite „zone erogene" ale corpului. Din acest motiv, „pulsiunea sexuală" se manifestă prin pulsiuni parţiale, fiind legată de imaginaţie şi fantasme. Ea are la origine principiul plăcerii, „libidoul". Această pulsiune este obiectul preferat al refulărilor în inconştient, având un rol major în declanşarea conflictului psihic. Pulsiunea sexuală este similară „pulsiunilor de viaţă" sau ale Eului.
6. *Pulsiunile de autoamânare* reprezintă ansamblul nevoilor legate de funcţiile corporale necesare conservării vieţii individului, având ca prototipuri foamea, defecarea, urinarea, vederea, activitatea musculară etc. Aceste pulsiuni sunt nevoi.
7. *Pulsiunile de moarte* sunt acele pulsiuni care se opun pulsiunilor de viaţă şi tind la reducerea completă a tensiunilor. Ele pot fi de următoarele tipuri : autoagresive, îndreptate către propria persoană ; heteroagresive, îndreptate către exterior.
8. *Pulsiunile de viaţă* sunt acele pulsiuni care se opun pulsiunilor de moarte. Ele sunt desemnate prin termenul „Eros", spre deosebire de pulsiunile de moarte care sunt desemnate prin termenul „Thanatos". În această grupă intră pulsiunile sexuale şi pulsiunile de autoconservare.

9. *Pulsiunile Eului* reprezintă pulsiunile care sunt puse în serviciul Eului în cazul „conflictului defensiv" (mecanismele de apărare ale Eului). Ele sunt similare cu pulsiunile de autoconservare.

Relaţia pasiuni-pulsiuni

Atitudinea faţă de pasiuni şi cea faţă de pulsiuni sunt diferite. Se consideră că pasiunile trebuie reprimate, pe când pulsiunile trebuie satisfăcute. În această privinţă, există două puncte de vedere importante, reprezentate de Nietzsche şi Freud.

Fr. Nietzsche oferă ca soluţie o „dietetică a spiritului", în virtutea căreia recomandă combaterea pasiunilor morbide şi cultivarea pasiunilor nobile ale Eului şi, mai ales, pe cele ale Supra-Eului moral. Pe primele le consideră ca fiind instincte primare. În acest sens, el face apel la următoarele dimensiuni cu semnificaţie psiho-morală: voinţa de putere; dominarea; afirmarea; valorile estetice; valorile etice.

S. Freud, referindu-se la mecanismele inconştientului ca depozitar al pulsiunilor, *recomandă satisfacerea acestora, eliberarea tensiunii intrapsihice a individului*, asigurându-se în felul acesta starea de echilibru psihic a persoanei.

Remarcăm din aceste două orientări două tipuri de atitudine morală şi două tipuri psihologice, şi anume: o morală a Supra-Eului, de forţă şi dominare a sferei conştientului prin putere; o morală a Inconştientului, de eliberare şi satisfacere pulsională prin plăcere.

Separat însă de cele menţionate mai sus, există de asemenea o atitudine morală, reprezentată prin morala creştină, de abţinere şi de renunţare prin *curăţire* şi *schimbare*. Este tot o terapeutică a spiritului.

Este ştiut faptul că în sfera gândirii creştine se consideră că patimile sunt cele care generează răul, păcatele (I. Hausherr). În sensul acesta, conform moralei şi misticii creştine, ca aspect practic, de ordin terapeutic spiritual (soteriologic), D. Stăniloae recomandă „o terapeutică" spirituală în trei trepte, cuprinzând despătimirea, iluminarea şi îndumnezeirea.

Ceea ce se poate desprinde din aceste aspecte este faptul că atât pasiunile, cât şi pulsiunile necesită, în acelaşi timp, un proces de educare şi unul de terapie. Ele sunt „energii psihice" ale sferei inconştientului, pe care individul le poate controla şi dirija prin educare şi psihoterapie.

Capitolul 5

Eul şi mecanismele Eului

Psihanaliza pune în mod predominant accentul pe sfera inconştientului, considerând-o ca reprezentând „centrul de greutate" al vieţii psihice, dar şi instanţa fundamentală care guvernează întregul aparat psihic.

Separat însă de *inconştient*, psihanaliza recunoaşte existenţa şi importanţa *Eului conştient*, prezent şi activ, cu o structură şi o dinamică absolut specifice, dar pe care-l vede în multe privinţe subordonat inconştientului. Nu se poate face însă o analiză a persoanei, a aparatului psihic fără a acorda Eului o atenţie egală cu cea pe care psihanaliza o acordă inconştientului. În plus, Eul este cel prin intermediul căruia, în cursul „întâlnirii" medic-pacient, este sondat inconştientul, conţinutul acestuia. Mai mult chiar, în cursul vieţii cotidiene, Eul este scena pe care se derulează „scenariile inconştientului".

Un studiu referitor la Eu poate umple pagini numeroase. Cercetările care i-au fost consacrate l-au studiat însă mai mult din punct de vedere filosofic, moral, religios, psihologic, sociologic. Este incontestabil că aceste aspecte au valoarea lor. Dar Eul nu este un concept abstract, o „regiune" a persoanei la care facem referinţă. Eul este, în fapt, persoana însăşi. Din acest motiv, aşa cum au pus în evidenţă studiile fenomenologice ale lui E. Husserl, precum şi ale altor autori (M. de Unamuno, D. Franck), Eul nu trebuie redus la aspectele sale mai sus menţionate, ci trebuie integrat persoanei ca reprezentând marca identităţii şi unicităţii acesteia. Din motivul arătat, orice Eu devine, ca marcă a individului, şi imaginea tipologic-constituţională a persoanei respective (E. Kretschmer).

Fiind instanţa conştientă a aparatului psihic al persoanei, Eul este şi sediul experienţelor individului. Aceste experienţe se realizează prin sinteza perceptivă a lumii exterioare. *Eul* realizează experienţele perceptive prin intermediul *corpului*, de care este inseparabil (D. Franck).

Eul se recunoaşte pe sine ca fiind el însuşi atunci când se raportează la propriul său corp, iar această raportare, care are ca rezultat că o persoană este „Eul său", o face ca, în acelaşi timp, să fie conştientă de faptul că, prin corpul său, ea este diferită de alte persoane, de ceilalţi, care constituie un *alter ego*, un Eu diferit de al său.

Dar atât „*Eul meu*", cât şi „*Eul celorlalţi*" sunt cuprinse în acelaşi spaţiu al lumii. Aceasta ar implica o experienţă comună, ca mod de viaţă. Viaţa psihică rămâne însă o viaţă interioară, proprie fiecărei persoane, fiecărui Eu, fuzionând cu *experienţa lumii*, ca *viaţă exterioară*, cu care ea nu trebuie confundată. Toţi avem o *experienţă*

comună de viaţă, dar fiecare individ are o viaţă sau o *experienţă sufletească interioară* cu totul personală.

Experienţa mea exterioară este parte a corpului, pe când experienţa mea interioară este proprie Eului sufletesc. În sensul acesta, E. Husserl vorbeşte despre un *ego psihofizic* şi de un *ego transcendental*. Primul mă leagă de lume, cel de-al doilea mă *scoate din ea*.

Eul psihofizic desemnează conştiinţa şi viaţa psihică a persoanei localizate în trup, în corpul somatic. El este „*eul concret* încarnat sau carnea corporală egoizată" (E. Husserl). De aici rezultă faptul că între trup şi suflet există o relaţie strânsă, iar sinteza acestor „părţi" ale persoanei o face Eul conştient. Nici o percepţie nu este posibilă fără trup; dar, la fel, conştiinţa transcendentală a depăşirii nu se poate realiza decât prin desprinderea Eului de trup. Acest aspect explică *diferenţa* dintre somatic şi psihic sau dintre obiectiv şi subiectiv. Dar, dacă pentru a deveni „subiectiv", Eul trebuie să se desprindă de „obiectivul" care este propriul său trup, rezultă că, de fapt, trupul carnal aparţine şi el „subiectivităţii transcendentale" (E. Husserl). Prin urmare, nu trebuie să vedem o *sciziune* între trup şi suflet, ci numai o *separare* pe care o face Eul în planul conştiinţei de sine. Persoana este, prin urmare, atât trup carnal, cât şi suflet, iar aceste părţi nu pot fi separate.

Dacă Eul este cel care, în cazul conştiinţei care se întoarce către sine însăşi, operează separaţia trup-suflet, tot el va fi cel care sintetizează „obiectul" cu „subiectul", rezultatul fiind *persoana care sunt*. Aceasta reprezintă, de fapt, modul meu propriu, unic de a fi, prin urmare *identitatea* mea.

Psihanaliza, stabilind Eul conştient ca instanţă externă a aparatului psihic al persoanei, aduce în prim-plan tocmai aceste aspecte care, raportate la identitatea individului, vor sta la baza atât a *organizării*, cât şi a *dezorganizării istoriei vieţii individuale*.

Patologia capătă în *psihanaliză* nuanţe diferite de cele ale clinicii psihiatrice. *Boala psihică* are mai mult semnificaţia unei *alteralităţi a normalului*, prin schimbarea până la pierderea identităţii propriului Eu. În sensul acesta trebuie înţeleasă afirmaţia conform căreia Eul este sediul conflictelor şi al nevrozelor.

Chiar mai mult, *patologia psihosomatică* va pune cu pregnanţă în evidenţă valoarea *experienţelor somato-corporale* şi a corelaţiei acestora cu *experienţele sufleteşti* pure, indiferent de faptul că ele îşi pot avea sursa în sfera somatică sau în sfera psihică.

Eul în psihanaliză

În psihanaliză, Eul ocupă un loc important, fiind instanţa conştientă a personalităţii, *acea parte a aparatului psihic care vine în contact direct cu realitatea externă a* persoanei. În sensul acesta, el este cel care „se opune", ca organizare şi dinamică, sferei inconştientului, cu care se află totuşi într-un permanent raport de schimburi dinamice. Inconştientul manifestă tendinţa de actualizare a conţinutului

său pulsional în sfera Eului conştient, iar Eul este instanţa care selectează aceste conţinuturi pulsionale.

Dincolo însă de aspectul dinamic, Eul – ca instanţă a personalităţii – este cel care îi conferă acesteia identitatea sa proprie, configuraţia ei specifică, originalitatea şi unicitatea ei.

Eul nu este un concept exclusiv psihologic. El are multiple conotaţii, problematica sa intersectându-se cu filosofia, morala, psihologia, psihanaliza, psihoterapia, psihiatria, religia, sociologia, pedagogia etc.

În sfera filosofiei, referindu-se la Eu, I. Kant îl defineşte în felul următor: „Eul nu este un concept, ci numai un fel de a desemna obiectul simţului intern, întrucât nu-l mai putem cunoaşte la rândul lui prin vreun predicat. Acest Eu cugetător (sufletul), considerat ca subiectul ultim al cugetării, care nu mai poate fi la rândul lui predicatul unui alt lucru, poate lua numele de substanţă".

Pentru Maine de Biran, Eul este „simţul intern", centrul şi esenţa vieţii sufleteşti.

După E. Husserl, „Eul" are un caracter transcendental şi este pus în evidenţă în cadrul experienţei transcendentale a unei persoane.

Din punct de vedere filosofic, „Eul" desemnează, dincolo de „Eul empiric", „Eul transcendental" sau „subiectivul substanţial". În ceea ce priveşte semnificaţia Eului, există mai multe direcţii, şi anume:

a) *Eul ontologic* sau numenal este principiul filosofic, metafizic, imuabil, căruia subiectul gânditor îi atribuie stările şi actele sale sau, cum spune Descartes, „acest Eu este sufletul". Punctul de vedere al lui L. Lavelle referitor la Eu este deosebit de important: „Noi spunem despre Eu că nu este un obiect, nici un obiect material, întrucât el nu se confundă cu corpul, nici cu un obiect spiritual, întrucât nu există obiect spiritual. Eul este spirit şi, fiind spirit, el nu este altceva decât un act care se realizează. Dar el este angajat într-o natură. În consecinţă, noi putem opera o distincţie între virtualităţile de care dispune acesta şi operaţia care-l actualizează. Aceste virtualităţi nu vor reuşi niciodată să se realizeze". Punctul de vedere al lui L. Lavelle este interesant întrucât el pune problema „autodepăşirii" Eului, ca o tendinţă dinamică a acestuia, reprezentată prin actul transcendenţei. Astfel, Eul actual tinde permanent să se proiecteze „dincolo de realitate", fapt care se concretizează, în sfera psihanalizei, prin „idealurile Eului", asupra cărora vom reveni. Idealul este dimensiunea sau „aspiraţia" ontologică a persoanei umane prin „Eul" său.
b) *Eul psihologic* sau fenomenal este Eul simţit – sau „resimţit" – şi trăit, realitate complexă şi mişcătoare, formată din stările şi actele de „a fi" şi de „a avea" ale unei persoane şi de care aceasta are cunoştinţă.
c) *Eul gândit* sau reprezentat este ideea pe care un individ şi-o face despre sine însuşi, conştiinţa de sine, actul de autoreflectare sau „persoana care crede că este".
d) *Eul în psihanaliză* este partea conştientă a aparatului psihic, a structurii ca model de organizare a sistemului personalităţii şi care, prin calităţile şi natura sa, se opune inconştientului.

e) *Eul în morală* – Eul moral – este conştiinţa morală din noi, este ideea de conştiinţă de sine sau, din punct de vedere psihanalitic, este „idealul Eului" sau Supra-Eul moral.

După această analiză a modalităţilor de a fi ale Eului, să trecem la studiul Eului în psihanaliză. În psihanaliză, Eul este instanţa supremă a personalităţii, reprezentând zona conştientului. Eul este expresia intereselor totalităţii persoanei. Din punct de vedere dinamic, acesta reprezintă conflictul nevrotic sau polul defensiv al personalităţii, cel care pune în joc mecanismele de apărare. În sfera psihanalizei se vorbeşte şi despre „Eul ideal", legat de narcisism. Eul este voluntar, conştient şi deliberativ. Pentru K. Horney, în psihanaliză „conceptul de Eu este suprasaturat de inconsecvenţe şi contradicţii".

Caracteristica esenţială a Eului este fragilitatea. Toate sursele de energie rezidă în sfera inconştientului, iar Eul trăieşte din energiile luate cu împrumut din inconştient.

În raport cu celelalte instanţe ale sistemului personalităţii, Eul este supus unei triple influenţe, şi anume: a inconştientului; a Supra-Eului; a lumii externe. Din aceste considerente, S. Freud susţine că Eul este sediul conflictelor de următoarea factură: conflictele exterioare dintre persoană şi lume; conflictele dintre Eu şi inconştient, de ordin interior; conflictele dintre Eu şi Supra-Eu, de ordin moral.

În ceea ce priveşte *tipologia Eului*, ea poate avea forme variate, după cum urmează:

1. Din punct de vedere pulsional, deosebim două tipuri de Eu:
a) *Eul plăcere*, privind propriile pulsiuni;
b) *Eul realitate*, privind relaţia subiectului cu lumea exterioară şi integrarea acestuia în realitatea lumii.

2. Din punctul de vedere al forţei, dinamismului şi structurii, Eul poate fi de următoarele tipuri:
a) *Eul tare*, dominant, anergic, autoritar şi voluntar;
b) *Eul slab*, dominat, submisiv, anergic, supus, abulic;
c) *Eul ambivalent*, nedecis, impus, imatur;
d) *Eul nevrotic*, instabil, impulsiv, iritabil.

Mecanismele de apărare ale Eului

O problemă deosebit de importantă în psihanaliză este reprezentată de raporturile care se stabilesc între Eu şi lumea externă pe de o parte, iar pe de altă parte, între acesta şi inconştient. Raporturile respective se exprimă prin mecanisme de „adaptare" şi de „apărare".

Eul este instanţa conştientă a sistemului personalităţii, reprezentând „polul extern" al aparatului psihic, în raport direct, imediat cu lumea externă. El este „polul personalităţii" care absoarbe din realitatea externă elementele cu care vine în contact, construind din acestea, printr-un proces de învăţare, o experienţă personală în

interiorul căreia se organizează un sistem ierarhic de valori, din care, ulterior, se vor dezvolta „Supra-Eul" moral, idealurile şi aspiraţiile Eului.

Aceste *operaţii ale Eului* se realizează prin următoarele mecanisme:

a) respingerea sau proiecţia în afară a unor elemente proprii sau cu care vine în contact;
b) raţionalizarea sau încorporarea percepţiilor exterioare în sistemul Eului;
c) refuzul acceptării unor presiuni venite din interior, din sfera inconştientului.

Din cele de mai sus se poate desprinde faptul că Eul este instanţa personalităţii cuprinsă între două zone de influenţă, care exercită permanent o acţiune de presiune asupra sa: realitatea (lumea) externă şi inconştientul (realitatea internă a persoanei). Din aceste considerente, Eul este „protejat" de două bariere sau sisteme de apărare: *sistemul de apărare externă* şi *sistemul de apărare internă* (L.M. Brammer şi E.L. Shostrom).

1. *Sistemul de apărare externă* este o barieră protectivă care se interpune între Eu şi realitatea lumii externe. În raport cu natura acestei „bariere protective" (slabă, rigidă, repulsivă, permisivă), se realizează comunicarea dintre Eu şi Lumea externă. Calităţile acestui sistem sunt următoarele:

a) stabileşte dinamica relaţiilor dintre Eu şi lume;
b) protejează sistemul personalităţii împotriva factorilor de agresiune externă;
c) reprezintă un sistem de contraatac al Eului faţă de agresiunile exterioare lui.

Acest sistem de protecţie a Eului, deşi are un caracter automat, se dezvoltă prin învăţare. El are un caracter de permeabilitate, dar se poate manifesta şi prin răspunsuri stereotipe şi rigide la evenimentele vieţii exterioare.

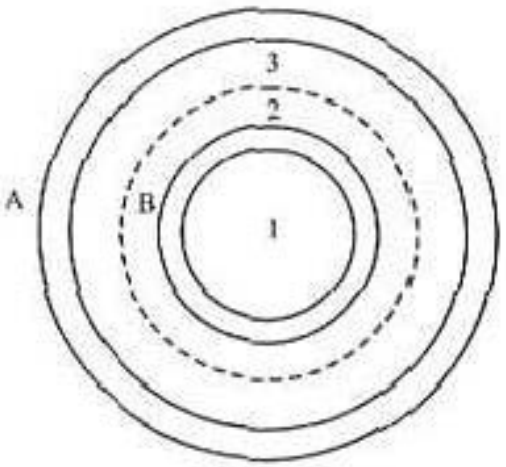
Modelul ideal al sistemului de apărare are caracterul unei *balanţe* dintre o „atitudine cameleonică" de plasticitate adaptivă şi o „atitudine de impenetrabilitate rigidă".

2. *Sistemul de apărare internă* reprezintă o altă barieră protectivă care se interpune între Eu şi inconştient şi care a fost asimilată de unii specialişti cu subconştientul (C.G. Jung, H.S. Sullivan, L.M. Brammer şi E.L. Shostrom).

Ca organizare şi funcţie, sistemul de apărare internă este similar sistemului de apărare externă. Principalul său rol este de a proteja Eul conştient de presiunea pulsională a inconştientului. Astfel, acest sistem previne dezintegrarea sistemului personalităţii *sub influenţa presiunilor pulsionale exercitate de inconştient asupra Eului.*

Modul de organizare a barierei interne de apărare este foarte rigid, mult mai impenetrabil decât bariera externă de apărare, şi are, în primul rând, un rol represiv faţă de presiunile inconştientului. Singura modalitate prin care se permite pulsiunilor inconştientului să penetreze această barieră este reprezentată de vis.

Din punct de vedere schematic, acest sistem de apărare poate fi reprezentat printr-o „dublă centură" care protejează Eul.



Reprezentarea schematică a „barierelor" de apărare *ale Eului*:
1 = Inconştientul
2 = Subconştientul
3 = Eul conştient
A = Bariera de apărare externă
B = Bariera de apărare internă

A. Freud a descris şi a analizat *mecanismele de apărare* ale Eului, care, din punct de vedere psihologic, *sunt corespondente cu mecanismele de adaptare* descrise de J. Piaget.

Nu trebuie însă să se considere că prezentarea anterioară a *barierelor de protecţie ale Eului, externă şi internă, sunt aspecte diferite sau chiar opuse „mecanismelor de* apărare" descrise în psihanaliză de A. Freud. Este vorba despre acelaşi sistem unic de apărare. Descrierea anterioară a avut numai intenţia de a preciza existenţa acestei *duble bariere care protejează Eul sau aspectul structural al dispozitivului mecanis*melor de apărare ale acestuia.

Adaptarea rezultă din armonizarea dintre structurile înscrise în individ (ereditate, experienţele anterioare, structuri impuse de realitatea externă actuală). J. Piaget consideră că *adaptarea* este o stare de *echilibru*, un *acord* care se realizează prin dublul joc al mecanismelor de asimilare şi acomodare, prin care organismul amenajează realitatea externă în aşa fel încât să fie cât mai conformă cu tendinţele şi interesele pe care caută să le pună de acord cu mediul.

Pentru a-şi asimila realitatea, persoana foloseşte următoarele mecanisme:

a) *negarea şi refularea, care reprezintă încercarea de a suporta realitatea*;
b) *deplasarea*, ca proces de transformare a unor aspecte ale realităţii;
c) *proiecţia*, care reprezintă introducerea propriilor sentimente în câmpul realităţii.

Pentru a se adapta realităţii, persoana utilizează următoarele mecanisme:

a) *regresiunea*, care este utilizarea unor funcţii dobândite anterior de persoană în decursul evoluţiei sale;
b) *întoarcerea la contrarii, formarea reacţională* şi *sublimarea*, care constau în transformarea comportamentelor folosind vechile scheme-modele;
c) *introiecţia*, care presupune impregnarea de structurile impuse de situaţie.

Mecanismele de apărare ale Eului, aşa cum au fost ele descrise de A. Freud în psihanaliză, sunt următoarele:

1. *Refularea este un mecanism de negare a realităţii.*
2. *Proiecţia* este un mecanism foarte primitiv şi care constă în a atribui lumii exterioare şi, în special, altora calităţile sau sentimentele care aparţin de fapt *subiectului însuşi.*

Referindu-se la procesul de proiecţie, Ombredane distinge trei forme ale acestuia:
a) *proiecţia speculară*, similară Sinelui;
b) *proiecţia cathartică*, care constă în a-i atribui unei alte persoane ceva care în realitate nu este;
c) *proiecţia complementară*, care atribuie altora atitudini capabile de a justifica propria sa stare de spirit.

3. *Introiecţia* este mecanismul complementar proiecţiei. Ea constă în incorporarea elementelor lumii exterioare considerate ca bune. În sensul acesta, introiecţia este un mecanism de *identificare*, care rezidă în adoptarea atitudinilor şi comportamentelor unor personaje cărora le atribuie cele mai mari calităţi. Astfel, *identificarea* devine *imitaţie*.
4. *Deplasarea* intervine ori de câte ori o situaţie solicită sentimente contrarii; se produce fenomenul de deplasare către un alt obiect, cum ar fi, de exemplu, apelul la utilizarea tutunului, alcoolului etc. Acestea trebuie considerate ca fenomene de deplasare/deturnare a agresivităţii.
5. *Întoarcerea la contrariul său* apare când agresivitatea şi gelozia se află în imposibilitatea de a se exprima prin supunere şi administraţie; intră în acţiune întoarcerea contrariului său. În aceste situaţii, subiectul se martirizează, se umileşte sau recurge la tentative de suicid.
6. *Anularea retroactivă* este un mecanism înrudit cu precedentul. Ea constă în anularea oricărui comportament susceptibil de a angaja subiectul şi care l-ar putea compromite în mod particular. Acesta este mecanismul tipic al comportamentului obsesiv.
7. *Formarea reacţională* rezidă în antrenarea trăsăturilor de caracter într-un mecanism de apărare/adaptare de tip circumstanţial. În felul acesta, nevoia de putere apare ca o consecinţă a sentimentului de inferioritate, pe care caută să-l supracompenseze.
8. *Raţionalizarea* constă în a justifica drept pozitiv un comportament ale cărui motivaţii profunde şi inconştiente ar fi socialmente inacceptabile.
9. *Sublimarea* este un mecanism de realizare ocolită a tendinţelor, pulsiunilor sau dorinţelor, care, în mod direct, nu pot fi acceptate de realitate.

Frustrare şi conflict

Am menţionat mai sus că S. Freud consideră că Eul este sediul conflictelor. În cazul nevrozelor, au loc conflicte între Eu şi instincte, din cauză că Eul este diferit ca structură şi opus din punct de vedere dinamic instinctelor. Eul este zona personalităţii pusă în serviciul nevoilor de autoconservare ale individului.

Eul se opune prin *narcisismul* său forţelor contrarii cu caracter de *frustrare* sau de tip *conflictual*. Aceste acţiuni de opoziţie ale Eului constau în următoarele: neliniştea faţă de destinul propriu; străduinţa de a fi preamăriţi; nevoia de a dobândi prestigiu; nevoia de a creşte în propriii noştri ochi; nevoia de idealuri, de aspiraţii; aptitudinile de creaţie.

Două elemente se opun permanent echilibrului Eului nostru, şi anume: *frustrarea* şi *conflictul*.

Frustrarea este o situaţie care se opune îndeplinirii unui comportament motivat, din cauza absenţei obiectului necesar satisfacerii sau existenţei unui obstacol între persoană şi obiect. *Frustrarea* este legată de un *obstacol pasiv* pentru un individ *adult*, care-l face să reacţioneze conform *principiul realităţii*. La *copil*, ea este legată de nesatisfacerea imediată, fiind, în cazul acesta, legată de *principiul plăcerii*. Copilul reacţionează prin agresiune (crize de mânie) sau prin regresiune.

Conflictul este urmarea unui obstacol care se opune realizării tendinţelor subiectului. Conflictul poate fi: *extern*, legat de cauze din afara persoanei; *intern*, atunci când conştiinţa morală a subiectului se opune unei tentaţii. Când *conflictul* este legat de un *obstacol activ*, avem de-a face cu două situaţii: un obstacol extern, dificil de evitat; un obstacol intern, de tip moral sau emoţional.

Echilibrul Eului faţă de frustrări şi de conflicte depinde în primul rând de natura acestuia sau de „forţa Eului". *Forţa Eului* este capacitatea acestuia de a ordona pulsiunile în raport cu forţele interne care i se opun şi cu puterea sa de a asimila constrângerile, de a suporta frustraţiile lumii externe şi de a acţiona într-un fel constructiv în cazul conflictelor. Din punctul de vedere al forţei, Eul poate fi de două feluri:

a) *Eu tare*, când energia psihică este capabilă să rezolve conflictele interne şi să acţioneze asupra lumii.
b) *Eu slab*, când energia psihică este investită sau orientată către mecanismele de apărare (nevroza).

Supra-Eul

În psihanaliză, S. Freud defineşte Supra-Eul ca fiind „moştenitorul complexului Oedip". El se construieşte prin interiorizarea exigenţelor şi a interdicţiilor parentale.

Rolul Supra-Eului este echivalent cu cel al unui judecător sau cenzor în raport cu Eul. După S. Freud, conştiinţa morală, în sens de autoobservare sau autocritică, şi formarea idealurilor sunt funcţii ale Supra-Eului. Supra-Eul este direct legat de Eu, din care acesta derivă (R. Laforgue). Din acest motiv, pentru înţelegerea Supra-Eului *este necesar să se plece de la Eu*.

După R. Laforgue, „Eul este acea activitate a aparatului psihic prin intermediul căreia se realizează sinteza tuturor percepţiilor noastre, atât interne, cât şi externe, sinteză care ne permite să ne situăm în timp şi spaţiu cu senzaţia de a avea conştiinţă şi de a şti să acţionăm voluntar faţă de acestea în raport cu nevoile noastre. Conştiinţa este deci funcţia Eului care acţionează într-o formă variabilă în raport cu familia, mediul, clasa socială, colectivităţile, naţiunea, civilizaţia cărora le aparţine individul".

După S. Freud, Supra-Eul este legat de influenţele educaţiei morale asupra Eului individual. Este vorba, în cazul acesta, de un tip de „morală compulsivă" sau de

„presiunea" exercitată de o „autoritate" asupra *individului*. La S. Freud, „autoritatea" este reprezentată în primul rând de presiunea modelului, exercitată de către părinţi asupra copiilor. Concluzia acestei „presiuni morale" este că un copil „nu trebuie niciodată să greşească". Supra-Eul este prin urmare legat, ca geneză, de caracterul categoric al exigenţelor. Rezultatul acestei presiuni, cu caracter „formativ-modelator", este „perfecţionismul". Pentru S. Freud, în psihanaliză, tendinţa de perfecţiune, de natură instinctuală, este o compoziţie de impulsiuni narcisiste, masochiste şi în special de distrugere.

În sensul acesta, K. Horney susţine că întotdeauna „conceptul de Supra-Eu se încadrează în teoria libidoului şi în teoria instinctului morţii". Supra-Eul are deci atribuţii primare de interdicţie.

Geneza Supra-Eului se găseşte în copilărie, fiind legată de interdicţiile instituite de părinţi şi de resentimentele împotriva acestora, pe care copilul şi le-a refulat (K. Horney). Autoarea citată susţine că astfel „copilul încetează de a mai avea un centru de greutate în el însuşi, strămutându-l cu totul asupra purtătorilor de autoritate. El nu mai are o judecată a lui" (K. Horney).

Din aceste considerente de ordin genetic, rezultă, în mod paradoxal, că Supra-Eul este rezultatul angoasei şi al interdicţiilor care „obligă Eul" să fie în conformitate cu *un anumit „model etic"*.

După S. Freud, Supra-Eul este reprezentantul interior al cerinţelor morale şi în special al interdicţiilor dictate de morală. În consecinţă, „Supra-Eul este în esenţă identic cu fenomenele de conştiinţă şi cu idealurile morale, fiind mai exigent decât acestea" (K. Horney).

Având un caracter de „obligativitate morală", Supra-Eul se constituie prin încorporarea de către Eu a valorilor morale, religioase, sociale, culturale etc. Din acest motiv, alături de „obligativitate" intervine şi „imitaţia". În ambele cazuri, sursa este reprezentată de un model, iar persoana care adoptă un model devine un „tip uman" conform unui anumit model de referinţă, pe care-l absoarbe.

După I. Gobry, „imitaţia este o activitate necesară; ea este înscrisă în natura noastră în asemenea măsură încât unii au vorbit chiar despre un instinct de imitaţie". *Personajul* apare ca o imitaţie a *persoanei*, fie că el este derivat din sfera subiectivităţii proprii de către însăşi persoana respectivă, în cursul unei confesiuni narative, fie că este „confecţionat" în chip romanesc după criteriile unui model la care acesta se raportează.

În ambele situaţii, originea personajului este explicabilă prin forţele „câmpului de contagiune afectivă" sau prin „formele de simpatie" despre care vorbeşte M. Scheler. Factorul important care trebuie reţinut constă în aceea că „personajul" imită modelul „persoanei". Pe aceste considerente, M. Scheler clasifică *tipurile de personaje* după criteriile unei scări axiologice. În această clasificare transpare natura Supra-Eului ca fiind „amprenta" tipologică definitorie a modelelor respective, de tip exemplar, aşa cum se poate vedea mai jos.

Valori	Tipuri de persoane
1. Agreabilul sau valorile de lux	1. Artistul, în arta de a se bucura de viaţă
2. Utilul sau valorile de civilizaţie	2. Pionerul civilizator
3. Nobilul sau valorile vitale	3. Eroul
4. Valorile spirituale sau valorile culturale	4. Geniul
5. Sfinţenia sau valorile religioase	5. Sfântul

Pentru R. Laforgue, aşa cum există un *Eu individual*, produs de individ, şi un *Eu colectiv*, care reflectă şi exprimă o mentalitate, la fel trebuie să existe şi un *Supra-Eu individual* şi un *Supra-Eu colectiv*. El se ocupă în mod special de Supra-Eul colectiv, care exprimă aspiraţiile, tendinţele şi interesele grupului etno-social la care este afiliat, ca aparţinenţă, individul. El are un caracter de „clasă" şi de „naţiune", cum ar fi, de exemplu, Supra-Eul european, Supra-Eul asiatic, Supra-Eul proletar etc.

Persoana ca mască

Eul personal nu se prezintă niciodată direct, aşa cum am arătat mai sus. Imaginea fiecărei persoane are o configuraţie specifică, unică, complet diferită de a celorlalte persoane.

C.G. Jung a adus importante contribuţii în acest domeniu, introducând conceptul de *mască* a persoanei, idee pe care o regăsim pentru prima dată la tragicii greci în relaţie cu trăsăturile specifice de caracter ale personajelor dramatice. În sensul acesta, *masca* este asociată cu un *rol*, asociere care exprimă de fapt *forma* şi *semnificaţia* individului respectiv.

Persoana conştientă este o „parte" mai mult sau mai puţin arbitrar separată sau desprinsă din „psihicul colectiv". Ea se compune dintr-o sumă de fapte psihice, pe care le resimte ca fiind personale. Atributul de „personal" exprimă tocmai această aparţinenţă exclusivă la o anumită persoană. În fond, este vorba despre identitatea individului.

Fiind „parte vizibilă" din masa psihicului colectiv, persoana va împrumuta atributele acestuia în cea mai mare măsură, păstrându-şi totuşi propria sa configuraţie care-i va conferi identitatea. Ea este masca psihicului colectiv ce simulează sau dă impresia individualităţii. În spatele acestei măşti a persoanei se află inconştientul sau individualitatea propriu-zisă (C.G. Jung).

Dacă omul se identifică complet cu rolul persoanei sale, el este totuşi inconştient că joacă un simplu rol, văzând în aceasta un aspect strict personal, care, de fapt, susţine C.G. Jung, nu-i aparţine. El vede încă posibilitatea de depăşire a acestui „pseudorol" al persoanei, care se realizează pe calea individualizării. Pentru autorul citat, „individualizarea" reprezintă, de fapt, „devenirea" persoanei ca fiinţă individuală, unică, înţelegând prin aceasta unicitatea sa interioară, ultimă şi incomparabilă în raport cu alţii sau, altfel spus, „devenirea de sine" (*zum eigen Selbst werden*).

Individualizarea este un proces de dezvoltare care face dintr-un individ o „ființă individuală". Scopul individualizării omului constă în eliberarea Sinelui de măștile persoanei, pe de o parte, iar pe de altă parte, de constrângerea identificării ca „separare" și „recunoaștere" colectivă. Astfel, scopul individualizării este „demascarea dependenței de rol" și, în final, „găsirea de sine" sau descoperirea propriei identități, pe care o dă numai Eul personal.

Drumul metodic spre această existență a realizării de sine este un proces de conștientizare analitică, proces care are ca urmare o lărgire a sferei conștiinței. Prin urmare, influența inconștientului este continuu redusă, ajungându-se la dezvoltarea persoanei ca „Ego individual".

La C.G. Jung, *persoana* este, în mod firesc, „*Maske*". Cine se identifică cu „masca" dovedește că are un caracter propriu, dar nu și un Sine individual. Acest caracter personal este puternic ancorat în colectivitatea căreia individul îi aparține și se modifică o dată cu părerile colectivului, fiind un complex de funcții fluctuante în raport cu procesele de schimbare și de adaptare ce survin. În sensul acesta, C.G. Jung precizează că există două aspecte, și anume: caracterul exterior; personalitatea interioară.

Această dublă polaritate a personalității, exprimată prin „exterior/interior", *reprezintă trăsătura esențială a omului, având o dinamică proprie.*

Capitolul 6

Conduita şi sensurile actelor persoanei. Viaţa cotidiană

Delimitarea cadrului

Obiectul cercetării psihanalitice urmăreşte detaşarea şi interpretarea semnificaţiilor inconştiente ale ansamblului de raporturi ale unui subiect atât cu el însuşi, cât şi cu propriul său anturaj.

În psihanaliză, conduita nu trebuie considerată în sensul manifestărilor pur exterioare şi materiale sau, altfel spus, formale ale comportamentelor şi actelor persoanei respective. Ea reprezintă un ansamblu de acţiuni fiziologice, mentale, verbale, emoţionale şi motorii prin care un subiect intră în contact cu anturajul său, căutând să rezolve tensiunile care-l motivează, realizându-şi în felul acesta propriile sale posibilităţi. Această realizare, având caracter pozitiv, semnifică afirmarea de sine, autorealizarea, satisfacerea pulsională inconştientă, dar şi afirmarea propriului Eu.

Caracterul esenţial al conduitei este de a avea o anumită semnificaţie, care reprezintă proprietatea prin care acţiunile pe care le comportă se articulează unele cu altele, reducând în felul acesta tensiunea intrapsihică a sferei inconştientului care o motivează. Ea are rolul simbolic de a se prezenta, substituindu-se astfel acţiunii materiale. Conduita include comunicarea ca aspect esenţial al explicării relaţiei dintre subiect şi anturajul acestuia.

Deoarece sunt expresia unei *relaţii exterioare*, *conduita* şi *actele* persoanei au o semnificaţie profund implantată în sfera inconştientului acesteia, fiind forma exterioară a conţinutului pulsional al celui din urmă. În al doilea rând, *conduita* exprimă şi *stilul de viaţă* al subiectului respectiv, ceea ce este deosebit de important.

Stilul de viaţă este rezultatul experienţelor acumulate de individ în decursul existenţei sale şi, din acest motiv, ceea ce vedem în viaţa cotidiană a unei persoane nu sunt altceva decât „elemente" ale manifestărilor rezultate din experienţele anterioare de viaţă ale acesteia.

Psihanaliza freudiană are marele merit de a fi notat şi pus în valoare manifestările individului în viaţa cotidiană, aşa cum vom arăta mai departe. Ele sunt însă numai „aspectele fragmentare" ale stilului de viaţă individual, asupra căruia, de fapt, trebuie să se concentreze psihanaliza pentru înţelegerea subiectului. *Stilul de viaţă* al unui individ exprimă modul său de a se comporta, aspiraţiile, interesele, acţiunile şi gusturile sale, alegerea profesională, atitudinea faţă de persoanele de sex opus sau de

același sex, alegerea partenerului, capacitatea de comunicare, adaptarea la realitatea situațiilor de viață etc.

Aceste aspecte la care facem referință lărgesc în mod considerabil cadrul inițial al „vieții cotidiene" fixat de S. Freud, deschizând perspectiva unei „psihanalize a vieții individuale" sau a „psihobiografiei" individului (L. Binswanger, R. Laforgue și R. Allendy, E. Fromm, K. Horney).

Scopul analizei este prin urmare ca, plecând de la studierea elementelor constitutive ale conduitei individului din viața cotidiană, să ajungă la reconstrucția globală a imaginii sau a *modelului de viață* al acestuia, considerat ca stil personal, în care sunt înscrise elementele sale de experiență personală încă din copilărie și apoi pe tot parcursul vieții. Din analiza lor se poate trage concluzia naturii persoanei respective, a modului de a fi al acesteia, fie că este vorba de aspecte normale, fie patologice. Aceste date sunt de o importanță majoră în înțelegerea și interpretarea subiectului supus curei psihanalitice, dar și în oricare altă situație psihoterapeutică sau de consiliere.

În continuare, vom analiza aspectele legate întâi de viața cotidiană și de actele persoanei, pentru a trece ulterior la analiza stilului personal, care constituie axa modelului de viață al unei persoane.

Aspectele și elementele constitutive ale conduitei

În cazul *conduitei*, psihanaliza are în vedere studiul câtorva aspecte considerate esențiale în edificarea ei, și anume : motivația, etalonarea conduitei, căutarea mijloacelor de realizare a acesteia, obiectele și frustrarea, descărcarea și adaptarea subiectului. Ele sunt esențiale în organizarea conduitei individului și analiza lor este cea care ne conduce la înțelegerea și explicarea actelor subiectului respectiv. Le vom analiza, pe rând, în continuare.

1. *Motivația*

Din punct de vedere psihanalitic, motivația este o stare de disociere și de tensiune care pune în mișcare organismul până în momentul reducerii tensiunii și al redobândirii unității sale, în conformitate cu principiul constanței. Ultima sursă a motivației constă în realizarea descărcării pulsionale, modelate de experiența individuală și de socializare. Motivația se poate manifesta concret în două feluri, și anume :

Nevoile sunt reprezentate prin manifestările concrete ale pulsiunilor și îmbracă următoarele forme : nevoi fiziologice ; nevoi de securitate ; nevoia de iubire ; nevoia de stimă ; nevoia de a ști și de a înțelege ; nevoia de suferință și de pedeapsă. Nevoile se pot prezenta în viața zilnică și în conduita individului sub următoarele aspecte : ca cerință, care este inserția dorinței în relația persoanei cu celălalt ; ca aversiune, care este opusul dorinței și al cerinței, urmărind de fapt nerealizarea dorinței, legată de o stare de anxietate și de culpabilitate.

Emoţiile reprezintă a doua fază de manifestare a motivaţiei conduitei. Încărcătura afectivă de tipul „pozitivă-atracţie", „negativă-repulsie" sau de „indiferenţă" are în cazul acesta o mare valoare.

2. *Etalonarea conduitei*

Aceasta constă în conştientizarea nevoilor subiectului, în descoperirea scopurilor, a obiectelor şi a mijloacelor proprii de a le satisface. Etalonarea conduitei îmbracă următoarele aspecte : rezolvarea tensiunilor ; realizarea posibilităţilor ; ajustarea la realitate.

3. *Căutarea mijloacelor*

În realizarea obiectivelor sale conform motivaţiilor interne, individul are nevoie de anumite „mijloace de realizare", pe care le va construi în raport cu circumstanţele acţiunilor sale, cu posibilităţile sau cu obstacolele pe care le are de depăşit etc.

Căutarea mijloacelor constă într-un act sau o înşiruire de acte de tatonare ale *inteligenţei individului în raport cu circumstanţele care sunt impuse din exterior* conduitei acestuia. El va trebui să se adapteze continuu la condiţiile schimbătoare ale realităţii. Este vorba, de fapt, de un raport de echilibru între motivaţiile persoanei şi obstacolele care îi sunt impuse din exterior şi pe care ea trebuie să le depăşească.

4. *Obiectele*

Orice conduită sau act al unui individ trebuie să aibă o adresă precisă atât ca obiect, cât şi ca scop. În sensul acesta, din punct de vedere psihanalitic, sunt avute în vedere obiectele asupra cărora se produce „descărcarea pulsională" a individului. Actul de descărcare este în raport direct cu dinamica pulsională a inconştientului. Din acest motiv, este necesar ca „nevoia" de descărcare să găsească un obiect adecvat scopurilor sale. Obiectul poate fi de două feluri : exterior, în cazul conduitelor alopatice ; interior, în cazul unei conduite autoplastice, respectiv propria persoană (emoţii, apărarea prin refulare, satisfacerea autoerotică etc.).

5. *Frustrarea*

Frustrarea este legată în mod direct de obiecte şi de posibilitatea individului de a le putea poseda sau de a-şi putea satisface „descărcarea pulsional-inconştientă" în raport cu acestea. Frustrarea este definită ca fiind condiţia subiectului căruia i se refuză sau care îşi refuză satisfacerea unei cerinţe pulsionale (J. Laplanche şi J.B. Pontalis).

Se consideră că frustrarea este o suferinţă patogenă, rezultând din privarea unei satisfaceri pulsionale vitale, ce reprezintă un tip de legătură puternică, la care individul ţine în mod deosebit.

În copilărie, frustrarea se manifestă sub forme diferite, legate de etapele de dezvoltare ale copilului, şi anume : traumatismul naşterii şi al tăierii cordonului

ombilical (O. Rank), înţărcarea, impunerea curăţeniei corporale, renunţarea la dependenţa de părinţi şi de familia de origine, retragerea dragostei parentale etc. (S. Freud). Faţă de acestea copilul sau tânărul va reacţiona deosebit de puternic, printr-o agresivitate manifestată în exterior (mânie, ură) sau, ulterior, printr-un comportament de culpabilitate.

La individul adult, frustrarea se va manifesta de regulă sub forma unei agresivităţi orientate către sine însuşi, aşa cum se poate observa destul de frecvent în cazul „melancoliei reactive" sau în cazurile de „suicid reactiv".

La copil, frustrarea este legată de un obstacol obiectual extern, pe când la individul adult, frustrarea este raportată la incapacitatea de realizare interioară a unei motivaţii personale a acestuia. Din aceste considerente, frustrarea diferă la copil sau tânăr şi la persoana adultă atât ca semnificaţie, ca origine, cât şi ca modalitate de manifestare sau în privinţa consecinţelor sale.

6. *Descărcarea şi apărarea*

Scopul general al conduitelor individului este de reducere a tensiunilor şi de disociere sau, altfel spus, de integrare a lui în realitate. Acest proces are două aspecte, şi anume:

a) descărcarea satisfăcută prin creşterea tensiunii şi întreţinerea unor emoţii agreabile, cum este, de exemplu, raportul sexual terminat cu orgasm;
b) descărcarea incompletă, prin anticiparea unui pericol, a unor emoţii penibile, cum ar fi, de exemplu, dezgustul, ruşinea, angoasa, culpabilitatea, sentimentul de inferioritate etc. În toate aceste situaţii, Eul individului va pune în acţiune *„mecanismele de apărare" care-i sunt proprii pentru a contracara acţiunile considerate* ostile pentru sine.

Efectele secundare ale conduitei nu se limitează la *reacţii de descărcare* sau la *reacţii de apărare*, ci ele au şi efecte de tip secundar, cum ar fi următoarele: forma personalităţii şi a sistemelor de habitudini ale acesteia; întoarcerea subiectului către ceilalţi prin reacţii complementare.

S-a stabilit existenţa unei relaţii strânse între *conduită* şi *comunicare*. Este ştiut faptul că orice act de comunicare se desfăşoară între cel puţin două persoane (în care fiecare are un rol precis): persoana care este „autorul mesajului"; persoana care *este „destinatarul mesajului"*.

Cea mai comună formă de comunicare este reprezentată prin *cuvânt* sau printr-un schimb reciproc de expresie şi înţelegere verbală. Chestiunea comunicării este esenţială atât în sfera psihanalizei, cât şi în cea a psihoterapiei.

Comunicarea este „împiedicată" sau „umbrită" de faptul că actul proiectiv transformă psihanalistul în judecător al „asociaţiilor libere" ale subiectului care se confesează, relaţia devenind similară cu cea a unui „copil vinovat" faţă de un „părinte sever".

Un alt aspect legat de conduitele individului este cel al *aspiraţiilor* şi *idealurilor* acestuia. Aspiraţiile sunt tendinţe ale Supra-Eului care se formează prin încorporarea

valorilor morale, religioase, culturale de către individ şi care conduc către acţiuni, reprezentări sau atitudini ale acestuia. Idealurile reprezintă tot ceea ce poate satisface în mod plenar exigenţele raţionale, morale sau afective ale Supra-Eului individual. Aspiraţiile şi idealurile sunt condiţia esenţială a realizării Eului, a afirmării identităţii *sale, a dobândirii unei stări de echilibru moral şi spiritual.*

Viaţa cotidiană

S. Freud a subliniat faptul că viaţa cotidiană apare ca obiect de interpretare al psihanalizei. Toate domeniile activităţii umane sunt accesibile psihanalizei, cu condiţia de a fi supuse unei intervenţii adecvate. Cu toate acestea, psihanaliza recunoaşte că nu poate explica totul sau în totalitate aceste activităţi, încadrându-se astfel în anumite limite metodologice.

Scara de evaluare a psihanalizei priveşte conduita şi experienţele individuale, *precum şi relaţiile interpersonale, urmărind descifrarea semnificaţiei lor actuale* în raport cu originea lor, precum şi cu consecinţele acestora.

Viaţa cotidiană oferă numeroase domenii de cercetare pentru psihanaliză. Nu există activitate în care să nu intervină dorinţele şi obiectele inconştiente ale subiectului, exprimate în cele mai variate forme.

Cel mai important aspect legat de viaţa cotidiană este *reprezentat prin eşec.* Acesta este pus în relaţie cu adaptarea sau cu „principiul realităţii" subiectului la evenimentele şi ambianţa vieţii cotidiene trăite de acesta.

Deşi aparent cufundată în banalitate şi rutină, viaţa cotidiană capătă semnificaţii profunde, extrem de variate şi complexe ca aspect, pe care S. Freud le-a pus în evidenţă. De regulă, în cazul unei „analize semnificative", se au în vedere numai evenimentele importante ale vieţii cotidiene, cele care prin natura şi mai ales prin neobişnuitul lor ies din tiparele comune.

Psihanaliza demonstrează însă că şi în cazul „faptelor banale", curente ale vieţii există un fond psihologic important care, analizat, pune în valoare natura persoanei şi a relaţiilor sale cu lumea şi mediul, tendinţele profunde şi dorinţele refulate ale acesteia.

Faptele mărunte, stânjenitoare, situaţiile penibile, expresiile care „ne scapă", cuvintele, numele sau datele pe care le „uităm", lucrurile pe care le „pierdem" sau situaţiile pe care le „ratăm", „gafele" care ne scapă sunt numai câteva dintre numeroasele aspecte cu caracter bizar ale vieţii cotidiene pe care aparent nu le înţelegem şi pe care nu ni le putem explica. Sunt oare acestea lipsite de semnificaţie? Avem *dreptul să trecem peste ele, să le neglijăm? Au ele vreo importanţă în legătură cu* persoana noastră, cu relaţiile noastre interpersonale, cu activitatea noastră?

La toate aceste întrebări, care rezultă din „lucrurile mărunte" ale vieţii cotidiene, psihanaliza nu numai că dă răspunsuri numeroase şi extrem de interesante, dar se poate chiar spune că ea construieşte din ele o adevărată „teorie a vieţii cotidiene".

S. Freud a numit aceste aspecte, cu un termen general, *acte ratate (Fehllastung).* Actul ratat este un fenomen pe care fiecare îl poate adesea observa, fără însă a-l putea înţelege.

Se consideră că *actul ratat* este actul în care rezultatul urmărit explicit nu este atins, ci este înlocuit printr-un altul. El constă din ansamblul greşelilor de vorbire, memorie sau acţiune, având în vedere actele pe care subiectul este în mod obişnuit capabil să le ducă la bun sfârşit şi al căror eşec este tentat să-l atribuie doar neatenţiei sale, unei eventuale oboseli sau pur şi simplu întâmplării.

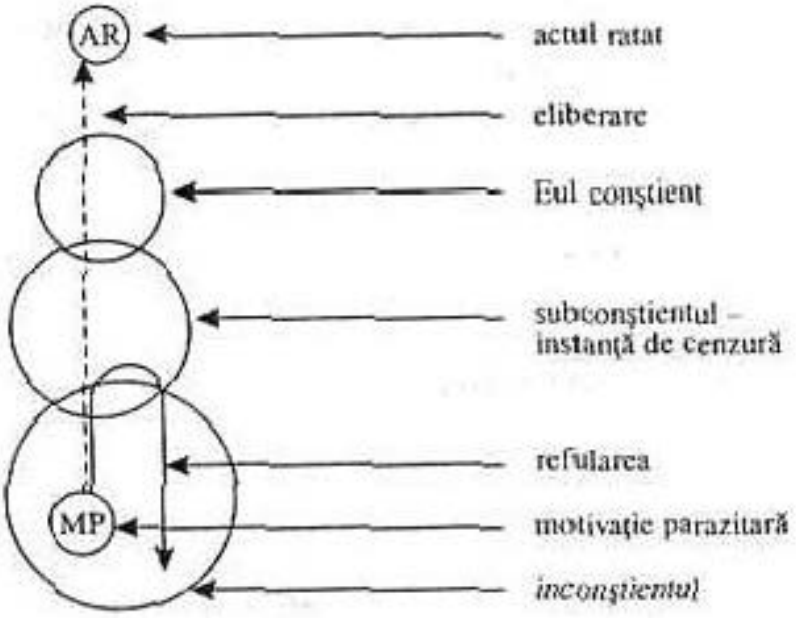
În psihanaliză însă, aşa cum afirmă S. Freud, *actele ratate* au aceeaşi valoare *ca şi simptomele, ele fiind formaţiuni de compromis între intenţia conştientă a* subiectului şi conţinutul său intrapsihic inconştient refulat. Concomitent, S. Freud subliniază faptul că orice *act ratat* este, pe un alt plan psihologic, un act *reuşit*, întrucât dorinţa inconştientă se realizează prin el, într-un mod adesea foarte manifest (J. Laplanche şi J.B. Pontalis).

Formele sub care se poate manifesta un act ratat sunt extrem de variate. Dintre acestea, le menţionăm în continuare pe următoarele: lapsusurile de vorbire sau de *scris*; *greşelile de lectură*; *greşelile de auz sau falsa audiţie*; *uitările de moment* ale unor nume proprii; uitarea situării unei localităţi; uitarea unei acţiuni pe care trebuia să o îndeplinim; pierderea inexplicabilă a unor obiecte; greşelile sau stângăciile de moment într-o anumită situaţie.

Psihanaliza a arătat că perturbarea activităţii Eului conştient se leagă de o „motivaţie parazitară", adesea inconştientă sau subconştientă şi uşor de recunoscut de către subiect. În alte cazuri avem de-a face cu situaţii inconştiente şi refuzate de Eu, dar care „scapă" cenzurii subconştientului, apărând în exterior sub forma „bizară" a actelor ratate.

Acest fapt demonstrează că energia psihică latentă, pulsională, cantonată în sfera inconştientului, are o mare încărcătură, reprezentând veritabile „zone de tensiune intrapsihică", tensiune care trebuie descărcată sau exteriorizată de către individ. *Întrucât ea nu poate fi exteriorizată în forma directă, se va manifesta în exterior sub* forma caricaturală a „actelor ratate" despre care am vorbit mai sus.

Mecanismul producerii lor se desfăşoară conform schemei de mai jos.



Aşa cum am menţionat deja mai sus, actele ratate pot apărea sub forme dintre cele mai variate. Ele se pot manifesta ca inversări de cuvinte, greşeli de tipar, calambururi, anecdote, înjurături, pierderi de obiecte, uitări de obiecte, uitarea unor nume de persoane cunoscute, uitarea de adrese etc.

Referitor la acestea, S. Freud susţine în mod justificat că „uităm ceea ce nu dorim să ţinem minte", „pierdem ceea ce nu dorim să păstrăm" etc. Toate aceste aspecte probează o dată mai mult faptul că actele ratate sunt forme deviate prin intermediul cărora încercăm să ne debarasăm de un conţinut inconştient incomod, penibil, nedorit.

Astfel, nu întâmplător este „uitat" numele unei persoane cu care suntem obligaţi *să avem relaţii, deşi în sinea noastră refuzăm acest lucru. Nu întâmplător „uităm" să* îndeplinim o sarcină de serviciu sau o obligaţie de altă natură faţă de cineva, ci pentru că acestea sunt în contrasens motivaţional cu tendinţele noastre.

La fel de semnificativă este „absenţa" de la o întâlnire cu o persoană care ne este fie indiferentă, fie ne trezeşte o repulsie sau o amintire dezagreabilă, chiar dacă, pentru moment, aparent am „uitat" aceste amănunte. De fapt, cel care „uită" este Eul conştient, iar cel care le păstrează fără să „uite" este inconştientul nostru.

Vom menţiona în continuare câteva forme de acte ratate, cele mai cunoscute, preluate din exemplele lui S. Freud.

Un preşedinte al unei societăţi, care nu dorea să ţină o şedinţă, anunţă la deschiderea şedinţei: „Şedinţa este închisă".

Un tânăr, oferind braţul unei domnişoare ca s-o ajute, în loc să-i spună: „Pot să vă ofer braţul?", spune: „Pot să vă sărut?".

Un primar, celebrând căsătoria unor tineri, în loc să le recomande acestora „calităţi de inimă", spune că le doreşte „o caldă colaborare trupească".

O tânără fată dominată de mama sa – ce se substituise rolului firesc al tatălui în familie, cu care, în final, fata o identifică – i se adresează acesteia spunându-i: *„Mon mère"*.

Exemple ca acestea pot continua şi ele sunt foarte frecvent întâlnite în viaţa cotidiană. Aceste *acte ratate* sunt pulsiuni ce se transformă în „motivaţii parazitare", care în mod automat „scapă" cenzurii subconştientului, apărând în sfera Eului conştient şi constituind o adevărată surpriză atât pentru acesta, cât şi pentru anturajul său. Dar, de fapt, aceste „situaţii" nu sunt nici neobişnuite şi nici întâmplătoare, ele fiind în relaţie directă cu circumstanţele actuale care le configurează, dar şi cu resentimentele profunde ale persoanei care le comite în raport cu motivaţiile sale anterioare.

Modelul de viaţă şi psihanaliza

S. Freud s-a ocupat de analiza manifestărilor individuale în cursul vieţii cotidiene a *individului, dându-le o mare importanţă şi o explicaţie în raport cu tendinţele* inconştientului, aşa cum am arătat deja mai sus. Cercetările ulterioare au lărgit însă considerabil cadrul acestei teme a psihanalizei, scoţând în evidenţă importanţa

„modelul de viaţă" şi semnificaţia acestuia (L. Binswanger, R. Kuhn, E. Fromm, H. Marcuse, J. Lacan).

Însă psihanaliza nu trebuie să se limiteze la interpretarea şi explicarea fenomenelor psihice individuale, ci ea trebuie extinsă şi asupra aspectelor globale ale vieţii individuale sau colective. Acest aspect este astăzi o importantă temă de discuţie.

Din punct de vedere psihanalitic, *viaţa individului* se constituie din manifestarea dinamică a forţelor pulsionale şi a dorinţelor inconştientului său. Acestora li se opun din exterior forţele represive ale mediului social (normele social-juridice, moral-religioase, factorii de modelare culturală, educaţia, modelul familial etc.). Individul resimte aceste influenţe exterioare ca „factori represivi", la care va reacţiona fie prin eşecuri, fie prin succese sau sublimări variate.

Starea de *normalitate psihică* trebuie considerată, din punct de vedere psihanalitic, ca un echilibru între *factorii represivi* şi *tendinţele pulsionale*. În cazul acesta, noi am preferat să vorbim de *balanţa pulsiunilor*. Aceasta reprezintă raportul dintre dinamica pulsiunilor inconştientului individual şi acţiunea forţelor represive din exterior. Când între cele două categorii de „forţe" există un echilibru dinamic, avem de-a face cu o stare de normalitate. În cazul modificării acestui echilibru, avem de-a face cu manifestări de natură patologică.

Scăderea forţelor represive ale modelului sociocultural extern va aduce după sine o slăbire a cenzurii, favorizând descărcarea facilă şi chiar necontrolată a conţinutului pulsional al inconştientului. În aceste situaţii avem de-a face cu manifestări anormale atât în plan individual, cât şi colectiv, de tipul următor: violenţă, conduite deviante heteroagresive, sexualitate aberantă etc.

Creşterea forţelor represive ale modelului sociocultural extern va avea drept consecinţă o creştere a factorilor de cenzură a manifestărilor pulsionale ale inconştientului. Individul sau masa populaţională vor resimţi aceste „interdicţii" ca pe nişte situaţii frustrante. Consecinţele vor fi deosebit de importante, ca şi în cazul precedent.

Frustrările individuale sau colective vor duce la reprimarea pulsiunilor care, acumulându-se în inconştient, vor genera „focare de tensiune intrapsihică, din care se vor dezvolta *complexe*, cel mai frecvent cele de culpabilitate şi de inferioritate, raportate la „autoritatea şi instituţiile sociale" care gestionează modelul sociocultural respectiv. Conduitele individuale sau colective se vor modifica prin transformarea complexelor în *simptome nevrotice*, fapt subliniat încă de S. Freud la vremea sa.

În aceste condiţii de reprimare colectivă, *nevroza* va deveni un veritabil „stil de viaţă" socială, dincolo de aspectele sale medico-psihiatrice, care cad sub incidenţa psihanalizei (R. Laforgue şi R. Allendy, E. Fromm, H. Marcuse, K. Horney). Am putea raporta acest „stil de viaţă nevrotică" la următoarele aspecte care-l generează şi-l întreţin: situaţii conflictuale; frustrări repetate; lupta pentru existenţă; nesiguranţa vieţii; alienarea individului; slăbirea cenzurii şi creşterea violenţei; refugiul în consumul de alcool sau droguri; pierderea sensului vieţii, cu recurgerea la suicid; modificarea statutului şi a rolului individual; schimbările rapide din viaţa socială; înlocuirea valorilor tradiţionale prin mode perisabile; dificultăţi de comunicare interpersonală; conflicte între generaţii şi în cadrul aceleiaşi generaţii.

Toate aceste aspecte vor genera un „stil de viaţă" fragil, instabil, inconstant, suprasolicitant, la care individul nu se mai poate adapta cu aceeaşi plasticitate, eşuând în manifestări de factură nevrotică.

Plecând de la aceste date de observaţie psihanalitică, putem să considerăm *modul de viaţă modern* ca exprimând un „stil nevrotic" de viaţă colectivă în raport cu *modul de viaţă tradiţional*. Ruptura dintre tradiţional şi modern este un fenomen social-istoric, o direcţie de evoluţie evidentă, de care nu putem face abstracţie. Nu trebuie însă considerat că *modernismul* este „nevrotic", iar *tradiţionalismul* este „normal". Ar fi, incontestabil, o eroare gravă. Ceea ce este neobişnuit între aceste două sisteme sociale este diferenţa, „ruptura istorică" ce le separă, le diferenţiază şi care generează o „nevroză de adaptare". Acesta este un fapt incontestabil. Adaptarea semnifică asimilarea noului. Ea este posibilă sau eşuează, prin raportarea la capacităţile individului, la condiţiile sociale.

Ceea ce psihanaliza aduce nou şi important în acest domeniu este faptul că, dincolo de aspectele vieţii cotidiene, cuprinde cu înţelegerea şi aspectele globale ale vieţii individuale sau colective, punând sub lupa analizei sensul modelelor de viaţă.

Capitolul 7

Complexele, arhetipurile şi simbolistica sufletului

Modul de a înţelege viaţa sufletească, în sfera psihanalizei, porneşte de la dinamica inconştientului. Sondarea vieţii pulsiunilor inconştientului pune în evidenţă aspecte dinamice absolut specifice, diferite de modelul funcţional care caracterizează sfera conştientului raţional din psihologie. Ceea ce are valoare şi este capabil să explice viaţa sufletească a unei persoane este conţinutul inconştientului acesteia. Această deosebire a *psihanalizei* în raport cu *psihologia* a dus la conturarea domeniului *psihologiei abisale* sau a *psihologiei profunzimilor*. Este incontestabil meritul lui S. Freud de a fi pus în valoare inconştientul şi conţinutul său în viaţa psihică, dar numai după contribuţiile extrem de întinse şi aprofundate ale lui C.G. Jung referitoare la inconştient se poate vorbi despre delimitarea definitivă a psihologiei abisale.

Pentru S. Freud, inconştientul este sediul pulsiunilor, aşa cum am arătat mai sus. Acestea sunt reprezentate fie prin pulsiunile de viaţă (Eros), fie prin pulsiunile de moarte (Thanatos).

C.G. Jung face însă o diferenţiere a sferei inconştientului, distingând în cadrul acestuia o zonă individuală şi una colectivă. În plus, autorul citat face diferenţierea extrem de precisă a conţinutului pulsional al inconştientului, distingând la acesta *complexe* şi *arhetipuri*. Pentru C.G. Jung, viaţa psihică nu se exteriorizează direct. Ea se exprimă într-o manieră „ocolită", în conformitate cu un sistem de semne de comunicare extrem de complex, care este limbajul simbolic. Înţelegerea naturii unei persoane umane depinde de modalitatea în care este înţeles şi descifrat conţinutul simbolic al inconştientului acesteia. De aceea, pentru psihanaliză este absolut esenţială cunoaşterea naturii complexelor şi a arhetipurilor.

Complexele

În psihanaliză, complexele reprezintă o problemă esenţială. Deşi li se recunoaşte relativa lor autonomie, ele sunt întotdeauna dependente de o anumită încărcătură afectivă.

J. Jacobi, în spiritul psihanalizei abisale, apropie complexele de instincte, dar recunoaşte faptul că „instinctele au un aspect dinamic şi funcţional", aparţinând în

mod funciar naturii inconştientului. Spre deosebire de instincte, complexele apar ca o „achiziţie a individului", aparţinând tot sferei inconştientului.

C.G. Jung a văzut întotdeauna o relaţie directă între *instincte* şi *complexe*. Ambele se manifestă în exterior într-o manieră simbolică, semnificaţia lor îmbrăcând aspectul formal, superior de organizare şi complexitate ale arhetipurilor. Diferenţa dintre *complex* şi *arhetip*, după C.G. Jung, constă în aceea că orice *complex* are un caracter *individual*, pe când *arhetipul* exprimă o pulsiune instinctuală *universală*, colectivă. Din acest motiv, în conformitate cu teoria lui C.G. Jung referitoare la inconştient, complexele aparţin inconştientului personal, pe când arhetipurile aparţin inconştientului colectiv.

Nu se poate şi nici nu trebuie făcută o „separare" între *complexe* şi *arhetipuri*, după cum nici între acestea şi *simboluri*, întrucât simbolurile sunt forma prin care se exprimă atât complexele, cât şi arhetipurile. Mai mult, trebuie subliniat faptul că *limbajul inconştientului este simbolic*, iar psihanaliza – prin descifrarea semnificaţiei simbolurilor – face un act de veritabilă *hermeneutică psihologică* (J. Starobinski).

Definiţia complexelor

Termenul de complex a fost introdus de Şcoala de psihiatrie de la Zürich (E. Bleuler, C.G. Jung), precum şi de J. Breuer în studiile sale referitoare la isterie.

M. Dide şi P. Guiraud definesc noţiunea de complex ca reprezentând „o tendinţă instinctivă, o stare afectivă larvară, constituită dintr-un centru de atracţie în jurul căruia se grupează amintiri, percepţii, reprezentări, atitudini motorii etc.".

După S. Freud, complexul pune în evidenţă demonstrativ sau descriptiv anumite grupuri de idei şi de interese cu încărcătură afectivă.

Termenul de complex înregistrează sensuri diferenţiate ca nuanţă, dar nu diferite ca esenţă la S. Freud şi C.G. Jung.

Psihanaliza defineşte complexul ca fiind „ansamblul organizat de reprezentări şi amintiri cu o mare intensitate afectivă, parţial sau total inconştiente. Un complex se formează pe baza relaţiilor interpersonale din cursul istoriei infantile şi el poate structura toate nivelurile psihologice: emoţii, atitudini, comportamente adaptate etc." (J. Laplanche şi J.B. Pontalis).

Complexul are mai multe sensuri, şi anume: sensul originar, care desemnează un aranjament relativ fix de lanţuri asociative; un sens mai general, care desemnează un ansamblu mai mult sau mai puţin organizat de trăsături personale, în care accentul este pus mai ales pe reacţiile afective; un sens mai strict, care desemnează o structură fundamentală a relaţiilor interpersonale şi modalitatea în care persoana îşi află locul în cadrul lor, însuşindu-şi-le.

C.G. Jung defineşte complexul ca fiind un „element nuclear" purtător al unei semnificaţii; sustras voinţei conştiente, el este inconştient şi incontrolabil; o serie de asociaţii legate de acest nucleu provin în parte din dispoziţiile personale înnăscute şi în parte din experienţele individuale condiţionate din mediul extern.

În primul caz avem de-a face cu o stare potențială a complexului, pe când în cel de-al doilea, cu o stare actuală a complexului.

Din acest motiv, susține C.G. Jung, deși complexele au un caracter inconștient, prin asociații ele se pot îmbogăți, dezvolta, amplifica, ajungând chiar la o asemenea întindere încât nu mai pot fi corectate.

Caracteristicile complexelor

După J. Jacobi, fenomenologia complexelor pune în evidență o mare diversitate de forme. Un complex poate prezenta aspecte simptomatice de ordin somatic, psihic sau psihosomatic. Astfel, se descriu următoarele aspecte:

a) complexul, deși inconștient, este încărcat cu energie, fapt care face ca el să apară ca o entitate autonomă, ca o „voință independentă";
b) deși inconștient, prin calitatea sa de a fi independent, complexul poate apărea ca un al doilea Eu;
c) complexul Eului se poate disocia de restul psihicului, devenind autonom, ca un fenomen de tipul „dublei personalități";
d) dacă devine dominant, complexul poate atrage în orbita sa Eul conștient pe care-l domină, înghițindu-l, ajungându-se să se vorbească despre o identificare parțială sau totală a Eului cu complexul;
e) complexul, printr-un mecanism de proiecție, poate deveni atributul unui subiect extern sau al unei alte persoane;
f) deși conținut în inconștient, complexul acționează asupra conștientului ca o forță permanentă.

Tipurile de complexe

După C.G. Jung, complexele sunt de două feluri: complexe separate de conștient și complexe incluse în inconștient. Se poate oare vorbi, în acest caz, despre complexe ale psihicului bolnav („complexe bolnave") și despre complexe ale psihicului sănătos („complexe sănătoase")?

C.G. Jung explică acest fapt prin aceea că unele complexe apar în urma anumitor experiențe dureroase sau penibile ale vieții individuale, pe când altele au surse diferite. Din aceste considerente, după părerea lui C.G. Jung, ceea ce are valoare în înțelegerea complexelor sunt „sursele" sau „rădăcinile" acestora. În raport cu sursele lor, complexele pot fi de următoarele tipuri:

- după origine: legate de evenimentele sau conflictele din prima copilărie sau actuale;
- după natură: complexe morbide sau complexe sănătoase;
- după modul lor de expresie în raport cu circumstanțele: negative sau pozitive.

O clasificare interesantă a complexelor în psihanaliză o face I. Popescu-Sibiu, care *distinge următoarele tipuri:*

a) Complexele ideoafective ale inconştientului:
   - complexele obiectului: complexul Oedip/complexul Electra; complexul Cain/complexul Oreste; complexul spectacular (a fi văzut, a şti, a vedea, a ascunde);
   - complexele Eului: complexul de inferioritate/complexul de superioritate; complexul de castrare-mutilare/complexul Dianei; complexul lui Narcis.
   - complexele de atitudine;
b) Complexele spirituale (ale conştientului sau ale conştiinţei morale).

Vom prezenta în continuare cele mai importante complexe studiate de psihanaliză. Majoritatea lor sunt raportate la personaje mitologice şi sunt, din acest motiv, ilustrate de *„situaţii exemplare" cu caracter dramatic, trăite de personajul respectiv.*

1. *Complexul de castrare*

Acest complex este centrat pe fantasma castrării, ce oferă un răspuns problemei pe care i-o pune copilului diferenţa anatomică dintre sexe (prezenţa sau absenţa penisului), această diferenţă fiind atribuită în mod simbolic „tăierii penisului la fetiţe".

Băiatul se teme de castrare, pe care o asociază cu realizarea practică a unei ameninţări paterne ca răspuns la activităţile sale sexuale.

La fată, absenţa penisului este resimţită ca un prejudiciu pe care ea încearcă să-l nege, să-l compenseze sau să-l repare.

2. *Complexul de inferioritate*

Acest complex desemnează, într-un mod foarte general, ansamblul de atitudini, reprezentări şi comportamente care sunt expresii, mai mult sau mai puţin deghizate, ale sentimentului de inferioritate sau ale reacţiei acestuia. Semnificativ în sensul acesta este următorul caz. Bolnavul C.P.C., bărbat de 20 de ani, cu studii liceale, este internat pentru o stare nevrotică anxios-depresivă, nelinişte, insomnii, fiind retras, timid şi manifestând o marcată tendinţă de izolare, aspecte exprimate printr-o imagine de sine negativă, ce îşi are originea într-un complex de inferioritate.

3. *Complexul de superioritate*

Acest complex reprezintă forma opusă ca semnificaţie complexului de inferioritate: individul are o foarte bună impresie despre sine în raport cu ceilalţi semeni ai săi.

4. *Complexul de culpabilitate*

Este o variantă a complexului de inferioritate. În cazul acestui complex, Eul conştient este dominat de sentimente de vinovăţie cu consecinţe morale dezagreabile, uneori chiar catastrofale pentru individ. Se poate asocia cu stări depresive sau anxioase, impresia de insecuritate şi inutilitate, care pot declanşa chiar, în situaţii severe, crize suicidare.

Bolnavul A.B., bărbat de 18 ani, cu nivel cultural mediu, fără ocupaţie, este internat pentru tulburări nevrotice depresive şi idei de suicid. Tabloul clinic este dominat de depresia de tip reactiv, insomnii alternând cu coşmare terifiante, impresia inutilităţii propriei sale persoane, sentimente de culpabilitate.

5. *Complexul Oedip*

Acesta este ansamblul organizat de dorinţe erotice şi ostile totodată pe care copilul le resimte faţă de părinţii săi. Se descriu două „situaţii oedipiene" : pozitivă şi negativă.

În forma pozitivă, se manifestă atracţia copilului pentru părintele de sex opus şi rivalitatea faţă de părintele de acelaşi sex. În forma negativă, copilul manifestă atracţie pentru părintele de acelaşi sex şi ostilitate faţă de părintele de sex opus.

S. Freud face din complexul Oedip una din teoriile axiale ale psihanalizei, punându-l la baza dezvoltării psihice a individului, a formării şi maturizării emoţional-afective a personalităţii acestuia.

Se consideră că, de regulă, complexul Oedip este lichidat în momentul în care copilul, devenit tânăr adolescent, se va identifica cu părintele de acelaşi sex, ieşind astfel de sub dominanţa şi dependenţa parentală şi identificându-se cu noul său rol.

6. *Complexul Electra*

Acesta desemnează varianta feminină a complexului Oedip, pentru a marca existenţa unei simetrii la cele două sexe în ceea ce priveşte normarea atitudinii copiilor şi a tinerilor, în general, faţă de părinţi.

7. *Complexul patern*

Desemnează una din dimensiunile majore ale complexului Oedip, şi anume relaţia ambivalentă a fiului faţă de tată.

Să insistăm un moment asupra complexului Oedip. Prin importanţa care i se acordă în sfera psihanalizei, are un rol esenţial atât în explicarea fenomenelor psihice normale, cât şi a celor patologice.

Complexul Oedip are la bază motivul mitologic al legendei lui Oedip, regele Thebei. Fiu al regelui Laïos şi al Iocastei, soţia acestuia, la naşterea sa oracolul de

la Delfi a prezis că va fi ucigaşul tatălui său şi soţul incestuos al mamei sale. Din acest motiv, pentru a nu se împlini oracolul, regele Laïos ordonă ca Oedip să fie ucis. El este însă luat de nişte păstori care-l ascund, de unde este luat şi crescut de o altă familie. La vârsta majoratului, consultând oracolul de la Delfi, i se spune că va fi ucigaşul tatălui său şi soţul incestuos al mamei sale. Neştiind că părinţii săi nu sunt cei naturali, nu se mai întoarce acasă. Între timp, îl întâlneşte pe Laïos, pe care îl omoară într-un conflict, fără a şti cine este. Apoi, dezleagă enigma Sfinxului care *teroriza cetatea Thebei. În urma acestor fapte, este făcut erou şi proclamat rege al* Thebei în locul lui Laïos. Ca rege, se va căsători cu soţia lui Laïos, Iocasta, cu care va avea patru copii: Antigona şi Ismena, Eteoclu şi Polinice. Ulterior, incestul este pedepsit de zeul Apollon, care trimite asupra Thebei ciuma. Oracolul consultat spune că ciuma va înceta atunci când va fi pedepsit asasinul lui Laïos. Oedip dă ordin să fie descoperit asasinul lui Laïos. În acest moment, un martor al evenimentelor spune adevărul: Oedip este asasinul lui Laïos, iar acesta este tatăl său şi Iocasta este mama sa. Ciuma este pedeapsa cu care zeii au lovit Theba. Oedip, care nu ştia acest lucru, mai mult chiar, a dorit să ocolească oracolul, nu se simte cu nimic vinovat. Iocasta, considerându-se vinovată, se sinucide, iar Oedip, printr-un gest simbolic, îşi scoate ochii pentru a nu mai vedea o realitate inacceptabilă moral. Aceasta este legenda din care S. Freud a construit „complexul Oedip".

În fapt, este vorba despre un „conflict al rolurilor" prezentat în forma alegorică a mitului. Este vorba despre un conflict al unei „situaţii triunghiulare", în cadrul căreia *fiul* uzurpă rolul *tatălui* şi i se substituie ca rol în raport cu *mama*, care este obligată să-şi schimbe rolul de mamă în cel de soţie. Este, de fapt, o temă psihologică ancestrală, care ilustrează *situaţia incestului* şi conflictul legat de acesta.

Se pune întrebarea dacă Oedip era vinovat? Nu, întrucât el nu ştia despre rolul pe care îl va juca în această „situaţie triunghiulară" viciată; pe care, de altfel, a şi încercat să o evite plecând de la părinţii săi consideraţi naturali.

În această situaţie triunghiulară, fiecare persoană are un rol precis. *Laïos-tatăl* este *persoana de referinţă*. Uciderea lui, chiar involuntară şi inconştientă de către *Oedip-fiul*, aminteşte de paricidul originar din mitul lui Saturn. *Iocasta-mama*, prin moartea lui Laïos, devine *Iocasta-soţia*, dar o soţie incestuoasă, iar *Oedip-soţul*, la rândul său incestuos.

Să vedem ce relaţii se constituie în această situaţie nouă, care apare după moartea lui Laïos, în „triunghiul familial". Laïos va avea o acţiune pasivă, de „referinţă" asupra ambilor parteneri, Oedip şi Iocasta. Prin uciderea sa de către Oedip, acesta preia în mod simbolic virilitatea tatălui ca rol. În urma morţii lui Laïos, Iocasta se eliberează, dar devine disponibilă potenţial ca soţie incestuoasă, fapt care va duce la o culpabilizare a acesteia.

Oedip are rol de „inductor", el inducând, prin comiterea incestului, sentimentul de culpabilitate Iocastei, pe care o victimizează. El este persoana cu rol dominant, victimizant. Iocasta este persoana „indusă", care preia atât de la Laïos, cât şi de la Oedip complexul de culpabilitate pentru incestul comis. Ea va fi victima finală.

Sfârşitul dramei este cunoscut. Oedip îşi scoate ochii, gest simbolic de automu*tilare care se echilibrează din punct de vedere psihanalitic cu omorârea tatălui său.*

Automutilarea lui Oedip se poate apropia simbolic de complexul de castrare, fiind un gest prin care nu numai că refuză să vadă realitatea incestuoasă, dar renunţă şi la virilitate. Iocasta, aflată sub imperiul culpabilităţii, se sinucide.

În scenariul de mai sus trebuie să vedem o *situaţie ontologică trinară*, în interiorul căreia problema care se dispută este cea a *conflictului rolurilor*. S. Freud a „creat" un complex Oedip pornind de la motivul mitologic, fapt generator de controverse. Dar el rămâne, incontestabil, unul din fundamentele pe care se construieşte psihanaliza, cel puţin ca orientare metodică, privind *rivalitatea* şi *atracţiile* dintre membrii situaţiei triunghiulare la care facem referinţă.

8. *Complexul lui Adam*

Acest model complexual are ca origine tema biblică a *păcatului originar* al primului cuplu uman creat de Dumnezeu şi pedepsirea lui de către acesta. Situaţia dramatică are o altă semnificaţie.

Dumnezeu-Tatăl îl „face" pe primul om, dar nu îi atribuie sexul decât după ce „desprinde" din el femeia. Astfel, sunt creaţi primul bărbat, Adam, şi prima femeie, Eva. Li se stabileşte interdicţia cunoaşterii Binelui şi a Răului, dar Adam şi Eva vor încălca interdicţia, descoperind o dată cu aceasta diferenţa dintre ei în plan sexual. Se poate spune că actul de creare a lui Adam este echivalent simbolic cu naşterea sa, perioada de la „facerea" Evei la descoperirea sexualităţii sau a comiterii păcatului originar reprezintă copilăria, iar momentul comiterii păcatului originar semnifică trecerea la viaţa adultă sexuală, la identificarea sexuală a indivizilor.

Păcatul originar este echivalentul incestului ca sentiment de culpabilitate. De aici urmează pedeapsa, prin izgonirea primului cuplu uman din Paradis. Ca şi Oedip, Adam va nega vinovăţia, proiectând-o asupra Evei, aşa cum Oedip i-a indus vinovăţia Iocastei. După cum Oedip refuză să vadă realitatea, scoţându-şi ochii, la fel şi Adam se ascunde de la faţa lui Dumnezeu.

Incestul lui Oedip şi păcatul lui Adam reînchid forma originară a persoanei, întrucât Oedip este „o parte" din Iocasta, iar Eva „o parte" din Adam.

Istoria se va repeta atât la Oedip prin conflictul dintre fiii acestuia – Eteoclu şi Polinice –, cât şi în cazul fiilor lui Adam, Cain şi Abel.

Corelate sau, mai exact, decurgând din complexele de mai sus sunt situaţiile complexuale dramatice ale descendenţilor masculini atât ai lui Oedip, cât şi ai lui Adam. Acestea realizează tablourile unor veritabile complexe ale rivalităţii, legate tot de dobândirea unor roluri prioritare de dominaţie şi autoritate, aşa cum se poate desprinde din cele de mai jos.

Interesant apare modul în care este perceput acest complex al lui Adam în psihanaliză. Următorul caz este semnificativ în acest sens.

O.B., bărbat de 23 de ani, cu studii medii, fără ocupaţie, prezintă o stare nevrotică în care tabloul clinic este centrat pe un complex de culpabilitate. Acesta apare în urma unei relaţii sexuale, cu efect psihotraumatizant asupra bolnavului. În cursul spitalizării şi al discuţiei cu medicul a desenat, în mod spontan, scena „izgonirii din Paradis" a lui Adam şi a Evei. Interesant este faptul că bolnavul se identifică cu Adam, iar în Eva o vede pe partenera sa. Ceea ce este însă deosebit de semnificativ în acest desen este faptul că Dumnezeu, imaginea tatălui, se află la „Poarta Paradisului", *iar în afara zidurilor acestuia rămân „Adam şi Eva", dar în acest „spaţiu al culpabi*litătii" pacientul nostru plasează şi elementele simbolice, obiectuale ale păcatului originar, pomul şi şarpele. O analiză atentă ne atrage atenţia asupra delimitării nete a două spaţii simbolice în acest desen : spaţiul sacru de dincolo de zidurile Paradisului *şi spaţiul profan din afara acestuia. Imaginea lui Dumnezeu este o imagine simbolică*, cu valoare arhetipală, în care vedem atât imaginea tatălui, în prim-plan, cât şi pe cea a Demiurgului deasupra acestuia.

Complexul Oedip	Complexul Adam
Identitatea Oedip-Iocasta.	Identitatea Adam-Eva.
Oedip neagă vinovăţia (incestul).	Adam neagă păcatul originar.
Vina este proiectată asupra focastei.	Păcatuf este proiectat asupra Evei.
Incestul.	Păcatul.
Oedip îşi scoate ochii ca să nu vadă realitatea.	Adam se ascunde de la faţa lui Dumnezeu pentru a nu fi văzut de acesta.
Oedip este izgonit din Theba.	Adam este izgonit din Paradis.
Oedip este „parte" din Iocasta.	Eva este „parte" din Adam.
Incestul ca „închidere" (androginia originară).	Cunoaşterea ca „explicare" şi „refacere" a androginiei originare.

Complexul rivalităţii fiilor lui Oedip	Complexul rivalităţii fiilor lui Adam
Rivalitatea Eteoclu-Polinice.	Rivalitatea Cain-Abel.
Polinice contra lui Eteoclu.	Cain contra lui Abel.
Rivalitate pentru putere.	Rivalitate pentru prestigiu.
Fiii îşi alungă tatăl.	Fraţii în faţa lui Dumnezeu.
Oedip îşi blestemă fiii.	*Dumnezeu îl preferă pe Abel.*
Fiii se ucid între ei.	Cain îl omoară pe Abel.
Complexul de culpabilitate.	Complexul de culpabilitate.

Din cazurile menţionate mai sus se poate desprinde faptul că orice complex este o componentă a inconştientului, cu caracter latent în ceea ce priveşte acţiunea sa. Dacă însă acesta se încarcă cu energie emoţional-afectivă, el devine autonom şi poate irupe din inconştient în sfera conştientului, luând forme clinice de tipul nevrozelor amintite.

Arhetipurile

Ceea ce sunt *complexele* pentru *inconştientul individual* sunt *arhetipurile* pentru *inconştientul colectiv*, susţine C.G. Jung.

C.G. Jung, care a consacrat studii deosebit de întinse şi importante arhetipurilor, le-a definit în felul următor: „Arhetipurile sunt factori şi motive care aranjează elementele psihice în imagini ce ar putea fi numite arhetipale, dar într-o asemenea manieră încât nu le putem recunoaşte decât efectul produs. Ele există preconştient şi formează probabil dominantele structurale ale psihicului în general. Condiţii date *a priori*, ele reprezintă un veritabil *pattern of behaviour*, care îi dă oricărei fiinţe vii calitatea sa specifică".

Pentru C.G. Jung, *arhetipurile* sunt „imagini primordiale", desemnând următoarele aspecte: mitologeme; motivele legendelor sau ale poveştilor; modele vizibile sau vizualizabile; tipuri de conduite umane universale; idei religioase; vise, viziuni, fantezii.

C.G. Jung introduce termenul de *arhetip* în anul 1919, împrumutându-l din *Corpus Hermeticus*, de la Sf. Dionisie Areopagitul şi de la Sf. Augustin. Când defineşte arhetipul, C.G. Jung face diferenţa între următoarele aspecte:

- arhetipul în sine, imperceptibil şi neexistând decât potenţial, fiind un factor care aparţine părţii invizibile a vieţii psihice;
- arhetipul reprezentat, care este perceptibil şi actualizat, cel care se face „vizibil" prin efectele sale sau „imaginile arhetipale" externe.

Inconştientul colectiv este depozitarul arhetipurilor, însemnând întreaga experienţă trăită de umanitate de la începuturile sale până astăzi. Arhetipurile apar, în acest caz, ca forme prin care se manifestă instinctele colective.

Clasificarea arhetipurilor

Sunt mai multe clasificări ale arhetipurilor. A. Portmann împarte arhetipurile în trei categorii, şi anume:

1. *Structuri determinate ereditar*, care au la originea lor dispoziţii formative extrem de deschise, posedând caracterul unor „configuraţii" (*Gestalt*) strict personale şi bine ordonate.
2. *Structuri* în care dispoziţiile ereditare nu joacă decât un rol general, dar ale căror configuraţii sunt *determinate de amprente individuale*.

3. *Efectele arhetipale ale unui caracter derivat din „efectele psihologice complexe"*, secundare tradiţiilor moştenite ale unui grup uman.

E. Schneider clasifică, la rândul său, arhetipurile după următoarele trei caracteristici:

1. *Arhetipuri universale* sau colective.
2. *Arhetipuri tipice*, care aparţin unui singur grup.
3. *Arhetipuri individuale, care aparţin strict individului.*

Arhetipul trebuie considerat ca un veritabil centru de energie psihică, apt să transforme procesul psihic în imagini. El constituie acea „imagine primordială" sau originară despre care vorbeşte şi Platon. În sensul acesta, arhetipurile reprezintă în sfera aparatului psihic „materialul" din care se construiesc imaginile noastre, care exprimă în final propriile complexe sau pulsiuni fundamentale (C.G. Jung, G. Durand).

G. Durand acordă arhetipurilor o valoare majoră, esenţială, în geneza faptelor de cultură, considerându-le materialul din care se construiesc imaginile şi temele culturale.

G. Durand face o importantă şi savantă analiză a arhetipurilor din perspectiva culturii. Plecând de la datele de observaţie psihologică, el admite teza lui H. Piéron şi J. Piaget conform căreia „tot trupul colaborează la construirea imaginii (arhetipale)". Din acest motiv, înţelegerea semnificaţiei arhetipurilor trebuie raportată la *corpul uman*, ca „reper simbolic" al organizării şi reprezentării lumii. De aici rezultă faptul că arhetipurile se constituie ca un rezultat al procesului de *antropomorfizare a reprezentărilor lumii*. Concluzia se întâlneşte cu afirmaţia lui Fr. Nietzsche, care spunea că „noi nu putem înţelege decât un univers construit de noi înşine". Prin urmare, *universul arhetipal* este *„replica umană" a universului fizic extern*, dar şi imaginea construită a *universului uman, interior*.

Importanţa esenţială a arhetipurilor constă în faptul că ele „constituie punctul de joncţiune între imaginar şi procesele raţionale", afirmă G. Durand. Ch. Baudouin completează acest punct de vedere, afirmând că în cazul arhetipurilor „există două conexiuni posibile între imagini şi gânduri; una orizontală, care grupează mai multe imagini într-o idee, alta verticală, în care o imagine suscită mai multe idei". În sensul acesta, se poate afirma că şi conceptul ar fi constituit tot dintr-un fel de inducţie arhetipală, susţine Ch. Baudouin.

G. Durand va conchide, pe baza celor de mai sus, că „arhetipurile sunt legate de nişte imagini foarte diferenţiate în funcţie de cultură, unde mai multe serii de scheme vin să se întrepătrundă". Prin aceasta se afirmă relaţia dintre *arhetipuri* şi *simboluri* în planul formal şi al dinamicii constituirii imaginilor. În planul psihologic însă, G. Durand remarcă două categorii formale de arhetipuri, şi anume:

a) arhetipuri aparţinând *regimului diurn*, de tip masculin, expresie a componentei psihice a lui *animus*, solare;
b) arhetipuri aparţinând *regimului nocturn*, de tip feminin, expresie a componentei psihice *anima*, lunare.

Fiecăreia dintre acestea îi corespunde un anumit material pulsional din care sunt construite imaginile, precum şi o anumită formă de expresie simbolică ce le exteriorizează.

Prin urmare, se poate admite că ne aflăm în faţa unei descoperiri esenţiale, şi anume aceea privind *limbajul inconştientului*. Spre deosebire de *limbajul raţional*, specific Eului conştient, care operează cu *categoriile logice ale intelectului*, există un *limbajul simbolic*, specific inconştientului, care operează cu *schemele arhetipale* ale pulsiunilor primare ale acestuia. C.G. Jung a insistat deosebit de mult asupra aspectelor respective în studiile sale de psihologie abisală, demonstrând relaţiile care există în plan individual sau colectiv între reprezentările formal-figurative cu caracter simbolic şi conţinutul psihologic al inconştientului. El acordă o importanţă majoră unor imagini culturale, considerate primordiale ca semnificaţie în sensul acesta. Vom exemplifica aspectele mai sus menţionate cu câteva date oferite de cazurile studiate de noi, este vorba de bolnavi psihic care au exprimat prin desene cu caracter simbolic *imagini arhetipale* ale inconştientului lor.

P.A., bărbat, 36 de ani, cu nivel cultural mediu, fără ocupaţie la data internării, este admis în spital pentru tulburări clinice din seria schizofreniei paranoide. Izolat, necomunicativ, rece din punct de vedere afectiv, cu idei delirante de persecuţie, înclinat către o autoanaliză morbidă, bolnavul a desenat foarte mult în timpul spitalizării, producţia sa plastică având un caracter absolut original. Desenele acestui bolnav cu caracter de ornamente, extrem de stilizate, geometrizate, de o simetrie rigidă sunt expresia propriului său Ego morbid. Le-am reţinut ca demonstrative în acest sens pe cele numite „Mandală" (figurile 1 şi 2).

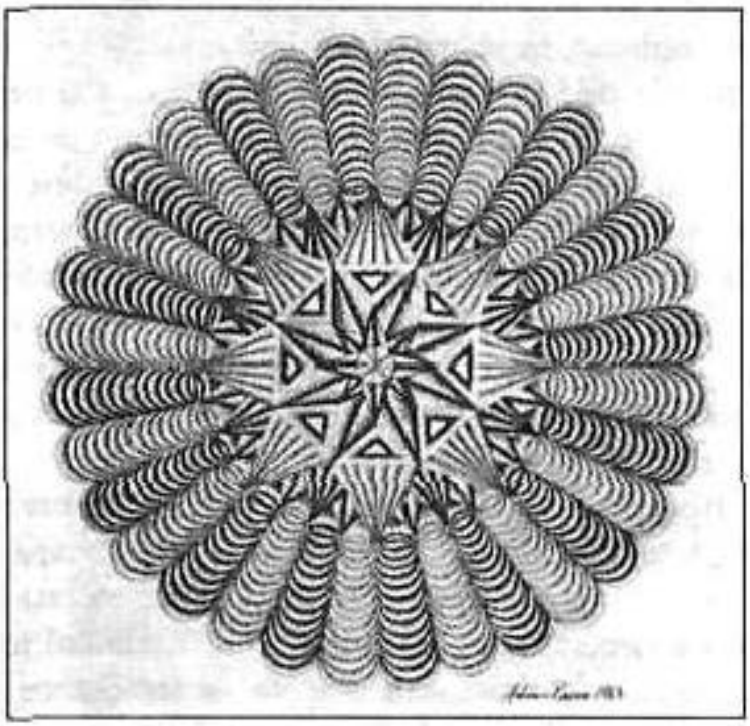


Figura 1

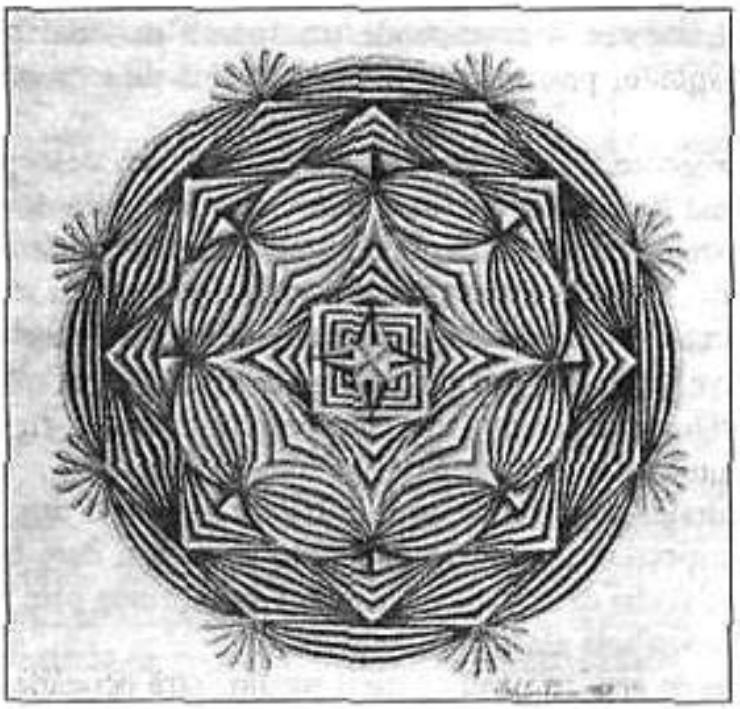


Figura 2

Ele sunt imagini arhetipale, redate într-o manieră simbolică, ale transformării personalităţii acestui bolnav, închiderea în sine autistă, răceală afectivă, rigiditatea gândirii. Redau imagini simbolice, pe care le regăsim în cultură, respectiv „Mandala" ca *imago mundi*, la care face C.G. Jung referinţă. În plus, aceste desene amintesc prin forma lor de cele ale unor civilizaţii arhaice, amerindiene, fapt care concordă cu procesul de regresiune a personalităţii acestui bolnav, aspect considerat incontestabil din punct de vedere simbolic, în planul expresiei.

Bolnava L.M., femeie de 33 de ani, extrem de cultivată şi inteligentă, licenţiată în matematică-fizică, cu o bogată cultură generală, extrem de talentată la pictură, este internată pentru o psihoză afectivă delirant-halucinatorie, de tipul psihozei *schizoafective. Din punct de vedere clinic, prezintă un delir expansiv de urmărire-influenţă*, halucinaţii vizuale şi auditive, impresia unei transformări expansive a propriei sale persoane şi a lumii. Bolnava trăieşte într-un univers fantastic, delirant-halucinator, pe care l-a reprodus cu o mare forţă expresivă în lucrările sale. Tematica acestor producţii plastice exprimă imagini arhetipale de o mare semnificaţie simbolică, aşa cum rezultă din următoarele exemple.

„Visul" (figura 3) are ca motiv arhetipal apa, marea, elementul feminin, materia primordială. Imaginea ne-o prezintă pe bolnavă dormind, aproape complet cufundată în apă, dar plutind în somn pe suprafaţa acesteia. Ea dă impresia că „femeia şi apa" constituie un singur element. La orizont, cerul şi luna, simbol feminin. De o parte şi de alta ale desenului se înalţă două siluete negre, de femei care încadrează desenul *şi despre care bolnava spune că „îi veghează somnul". Întreaga tematică simbolică* acestei compoziţii este expresia unui arhetip feminin.

Figura 3

„Meditația" (figura 4) o reprezintă pe bolnavă acoperită cu un voal și privind într-o cupă cu apă. Cupa este simbolul receptaculului feminin, iar apa – materia primordială. *Imaginea femeii pare a se reflecta în oglinda apei din cupă. În colțul din* dreapta sus este o imagine lunară care se continuă cu cercuri concentrice, având un caracter complementar simbolic cu cel al apei din cupă. Toate elementele compoziției

Figura 4

sunt expresia unor arhetipuri feminine, ca de altfel şi atmosfera nocturnă din aceste ultime picturi ale bolnavei.

„Extaz" (figura 5) este o reprezentare a bolnavei opusă ca tonalitate emoţional-afectivă lucrării precedente. *Dacă în figura de la pagina 95 bolnava era concentrată* în interiorul său, având o tonalitate depresivă, în figura de mai jos imaginea bolnavei este deschisă. Femeia priveşte în sus, către Soare. Faţa ei este mult mai descoperită decât în figura anterioară. Din apa din cupă se ridică pe verticală coloana infinită a lui Brâncuşi, care leagă arhetipul feminin al apei cu arhetipul masculin al Soarelui; *coloana infinită ca simbol falic uneşte cele două principii: apa – simbolul feminităţii* – cu *discul solar* – simbolul masculinităţii. Între ele apare o *pasăre albă*, simbol aerian. Bolnava priveşte „în extaz" către pasăre, ca simbol al reunirii celor două principii, feminin şi masculin.

Figura 5

Cazurile analizate mai sus pun în valoare expresia plastică – limbaj simbolic al reprezentării imagistice a conţinutului arhetipal al inconştientului. Vom analiza în continuare acest limbaj simbolic.

Simbolica sufletului

Spuneam anterior că întotdeauna conţinutul sferei inconştientului se exprimă în exterior prin intermediul unui *limbaj simbolic*. Orice simbol este în acelaşi timp un arhetip, *afirmă J. Jacobi. Simbolul implică semnificaţia pe care limbajul curent nu*

o poate exprima. El își are rădăcinile în profunzimile sufletului, limbajul apărând, în acest caz, ca un epifenomen al înțelesului pe care acesta îl poartă (J.J. Bachofen). În felul acesta, simbolul este cel care „face vizibil" sensul ascuns, susține Fr. Creutzer. Astfel, *simbolul* este înrudit cu *imaginea* (*eidolon*) și cu *ideea*, el fiind combinația dintre ele. În sfera comunicării, *simbolul* are funcția semiotică de *semn*.

Pentru E. Cassirer, *semnele* și *simbolurile* se raportează la două planuri diferite ale realității, și anume: *semnul* este o parte a *lumii fizice*; *simbolul* este o parte a *lumii umane*.

Plecând de la aceste considerații, E. Fromm distinge trei tipuri de simboluri: *convenționale*, *accidentale* și *universale*.

J.P. Sartre pleacă de la aspectele imaginii cu caracter generalizat și dinamic, reprezentată prin *schemă*. *Schema* lui J.P. Sartre corespunde cu *simbolul funcțional* al lui J. Piaget sau cu *simbolul motor* al lui G. Bachelard. Orice simbol este *scheletul dinamic al imaginației*, spune G. Durand. El este cel care corespunde cu *arhetipul* lui C.G. Jung.

Pentru G. Durand, „arhetipurile se leagă de niște imagini foarte diferențiate de către culturi și în care mai multe serii de scheme vin să se întrepătrundă". Forma superioară, cea mai complexă, o reprezintă *mitul*. Rezultă de aici faptul că „universul imaginarului" este un sistem cultural complex, care apare ca o replică la „universul realului", al lumii externe.

G. Durand pune la baza funcției simbolice sau, mai exact spus, a *simbolului*, „dinamismul conștiinței", ale cărei funcții constau în primul rând în „a cunoaște", mai mult decât în „a fi". În acest sens, G. Durand reia ideile lui J.P. Sartre. În conformitate cu acestea, avem de-a face cu trei posibilități:

a) imaginea este o conștiință;
b) obiectul imaginat este un dat imediat, ca atare;
c) obiectul conștiinței imaginative are un caracter de spontaneitate.

Expresia conținutului producției imaginației o constituie *simbolul* și *funcția simbolică*. Ele exprimă arhetipurile mobilizate, în care își au sursa.

Pentru G. Durand, la baza funcției simbolice stau trei reflexe sau trei grupe de scheme, după cum urmează:

a) *schemele diairetice și verticalizate*: arhetipul sceptrului și al spadei, cu semnificație simbolică masculină;
b) *schemele coborârii și ale interiorizării*: arhetipul cupei și al cavernei, cu semnificație simbolică feminină;
c) *schemele ritmice, ciclice sau progresive*: arhetipul vieții și al pomului.

Aceste scheme simbolice ale arhetipurilor se grupează, la rândul lor, afirmă G. Durand, în următoarele două regimuri principale:

1. *Regimul diurn*, masculin, al antitezei, corespunzător lui *animus*.
2. *Regimul nocturn*, feminin, al eufemismelor propriu-zise, corespunzător lui *anima*.

Acestora le corespund, la rândul lor, trei genuri structurale, după cum urmează:

1. *Structurile schizomorfe* sau eroice, corespunzătoare *regimului diurn* şi schemelor de verticalitate (sceptrul şi spada, soarele, scara, ziguratul), respectiv lui *animus*.
2. *Schemele sintetice* sau dramatice, corespunzătoare *regimului nocturn*, respectiv lui *anima* şi schemelor de tip ritmic, ciclic sau progresiv (roata şi pomul, spirala, crucea).
3. *Structurile artistice* sau antifrazice, corespunzătoare tot *regimului nocturn*, respectiv lui *anima* şi schemelor de tipul coborârii şi al întrupării (cupa, caverna, centrul, mandala, mormântul, oul, mama).

C.G. Jung stabileşte relaţiile dintre *Eu* şi *arhetipuri*. În acest sens, el distinge următoarele aspecte:

1. Arhetipurile *inconştientului colectiv*, care-şi exercită acţiunea asupra Eului din interiorul vieţii psihice.
2. Arhetipurile *conştientului colectiv*, care reprezintă normele, moravurile şi influenţele socioculturale ale mediului extern asupra Eului. Eul ocupă, după părerea lui C.G. Jung, o poziţie intermediară între *inconştientul colectiv* şi *conştientul colectiv* reprezentat prin Supra-Eu. Din acest motiv, *Eul conştient* şi individual pare a depinde de doi factori: condiţiile *conştientului colectiv* sau social; dominantele *inconştientului colectiv* sau arhetipurile. Primele din cele de mai sus sunt „idei generale", pe când celelalte sunt „pulsiuni naturale". Eul conştient se află între două forţe de presiune: când domină *conştientul colectiv*, individul devine un „om al maselor"; când domină *inconştientul colectiv*, acesta devine un „*individualist*" *extravagant, străin de lume, bizar.*

Un domeniu în care simbolurile se manifestă plenar este reprezentat de vise. La aspectul privind relaţiile care există între vise şi simboluri, pe de o parte, şi relaţiile dintre vise, conţinutul pulsional şi arhetipuri, pe de altă parte, ne vom referi în capitolul următor. Prezentăm, deocamdată, *câteva exemple de structuri şi forme de* expresie simbolică întâlnite curent la bolnavii cu tulburări psihice.

În general, limbajul nevrozelor sau al psihozelor este un limbaj simbolic, prin care este exprimat în exterior conţinutul intrapsihic morbid al bolnavilor psihic: complexe ideoafective, stări conflictuale, frustrări, halucinaţii, idei delirante, preocupări obsesive, fobii, vise etc. Aceste aspecte apar deosebit de bine exprimate în producţiile plastice sau în creaţiile literare ale bolnavilor psihic. Lucrul a fost scos în evidenţă şi de psihanaliză şi de psihopatologie (S. Freud, C.G. Jung, R. Volmat, J. Bobon, J. Vonchon, I. Jakab, H. Rennert, H. Prinzhorn, W.R. Pickford, C. Enăchescu).

Producţiile literare, ca şi cele plastice ale bolnavilor nevrotici sau psihotici sunt expresia extrem de polimorfă a unui conţinut psihic schimbat, prezentat sub forma unor simboluri, în care regăsim fondul pulsional şi arhetipal din care se dezvoltă *problematica bolii lor.*

Prezentăm în continuare câteva exemple în sensul celor menţionate mai sus, referitoare la limbajul simbolic, aşa cum se exprimă acesta în producţiile literare sau plastice ale bolnavilor psihici.

A.G., bărbat de 23 de ani, cu nivel cultural mediu, fără ocupaţie, internat pentru schizofrenie, compune în timpul internării versuri bizare, cu un pronunţat caracter simbolic patologic, expresie a discordiei şi a schimbării personalităţii sale, aşa cum reiese din exemplu următor:

Eu sunt pe apa Buzăului,
Sunt o fiinţă subţire
Ce nu rezist la zgomote violente,
Dacă mă vrei la scuturat pomul
Sunt statuie fără cap
Cu nivel înalt,
Profil 3/4?
Aruncat la 1/2 frază.

C.P.C., bărbat de 20 de ani, cu studii liceale, internat pentru o nevroză anxios-depresivă, a compus în timpul spitalizării versuri cu caracter simbolic, cum sunt cele de mai jos:

Am vrut
să vină vântul să mă facă brumă
sau marea un peşte de vânt.

În cursul spitalizării, bolnavul a avut o activitate de creaţie artistică *patoplastică* spontană, deosebit de bogată şi interesantă atât prin tematica sa, cât şi prin semnificaţia psihanalitică a acesteia. Lucrările sale, cu un bogat conţinut proiectiv, sunt semnificative prin expresia lor simbolică în relaţie directă cu „experienţele nevrotice" ale bolnavului. Am ales dintre acestea două lucrări: „Cerşetoarea" (figura 6) şi „Complex de inferioritate" (figura 7). În ambele lucrări, bolnavul „se recunoaşte pe sine" prin „identificarea proiectivă" cu personajele din desenele sale. Activitatea sa de creaţie patoplastică şi interpretarea acesteia au avut un efect terapeutic pozitiv de „conştientizare" a unor „situaţii nevrotice" trăite de bolnav, contribuind în felul acesta la lichidarea lor.

S.C., femeie de 19 de ani, absolventă de liceu, se internează pentru tulburări nevrotice depresive, idei de inutilitate şi suicid, consecutive unui eşec la examenul de admitere la facultate. Culpabilizată de mama sa, bolnava se izolează, prezintă o stare depresivă cu dezvoltarea unor idei de suicid pentru care este internată la Spitalul de Psihiatrie. În cursul spitalizării, bolnava a desenat, în mod spontan, în cadrul Secţiei de Art-terapie. Lucrările sale, cu un bogat şi complex conţinut simbolic, sunt expresia proiectivă a propriilor sale „probleme nevrotice", legate de eşecul profesional, conflictul cu mama sa şi, în final, atitudinea acesteia de respingere şi izolare. Semnificativ în sensul acesta este desenul intitulat „Scara Vieţii" (figura 8). *Scara*, simbol al „drumului în Viaţă", leagă două registre ale „posibilităţilor individului": *Succesul*, în zona superioară, şi *Eşecul*, în zona inferioară. Figurată în mai multe

Figura 6

Figura 7

„momente" pe „treptele scării", bolnava face efortul de „a se desprinde" de eşec ş de a atinge succesul, dar, afirmă ea, „treptele s-au rupt... mă prăbuşesc... sun învinsă... nimeni nu mă ajută, nu mă încurajează, toţi mă învinovăţesc... nimăn nu-i pasă de mine... nu mai am nici un rost ca să trăiesc".

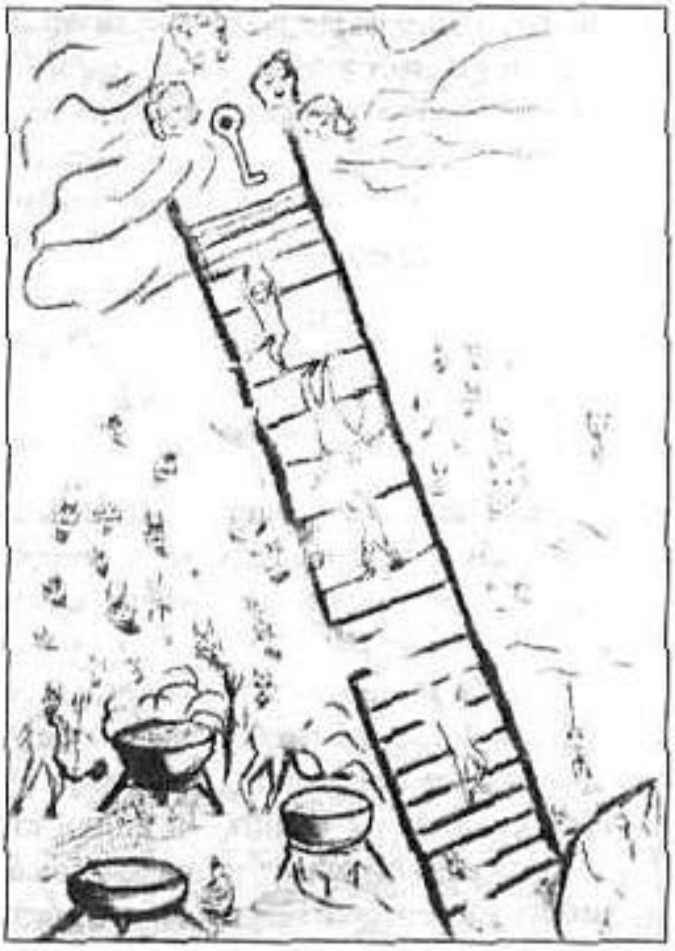


Figura 8

Lucrarea are o mare încărcătură simbolică. Din punct de vedere psihanalitic, cele „două registre" ale Vieţii au o corespondenţă simbolică foarte precisă: sus este „Zona Succesului", care cuprinde aspiraţiile şi valorile de realizare ale *Supra-Eului*, jos este „Zona Eşecului", care corespunde înfrângerii, devalorizării şi nerealizării de sine, ca o reîntoarcere la starea primară amorfă a *inconştientului*. În desen, Supra-Eul este simbolizat prin „cheia succesului", pe când inconştientul prin elementele agresiv-punitive ale „furcilor, coarnelor şi cazanului". Analiza desenului şi explicarea lui prin asocierea cu tulburările nevrotice ale bolnavei au dus la conştientizarea situaţiilor de conflict şi eşec, favorizând restabilirea echilibrului sufletesc şi încrederea în sine a acesteia.

A.P., femeie de 40 de ani, cu studii superioare (inginer agronom), în prezent fără ocupaţie, este internată de mai mulţi ani în secţia de bolnavi cronici a Spitalului de Psihiatrie pentru tulburări nevrotice depresive. Diagnosticul clinic este de schizofrenie paranoidă. În tabloul clinic remarcăm fenomene de automatism mintal, idei delirante de persecuţie, urmărire şi influenţă telepatică, halucinaţii auditive, dedublarea personalităţii, comportament retras, bizarerii şi manierisme, stare discordantă. Cultă şi foarte talentată, bolnava a compus versuri şi proză şi a pictat mult în cursul spitalizării. Lucrările sale au ca sursă conţinutul temelor sale delirant-halucinatorii, prezentate într-o formă simbolică, cum se întâmplă cu cele de mai jos:

M-am trezit dimineaţă
Cu ochi negri, reci şi clari
Ca şi-o sticlă ce se sparge
Sub a genelor cătare,
Sub al nostru calendar...

Un alt exemplu este cel care urmează:

Că m-am născut cu cap
Şi nu-l cunosc,
Că m-am mirat de mine,
E întuneric ca de mine?...

În alte situaţii însă, structura simbolică a compoziţiilor prezintă un caracter extrem de distorsionat atât ca formă, cât şi în ceea ce priveşte compoziţia. Acest fapt este *datorat dezorganizării globale a personalităţii specifice schizofreniei, aşa cum se* poate vedea în poeziile cazului de mai jos.

M.L.F., femeie de 18 de ani, cu studii medii, este internată pentru tulburări nevrotice depresive, crize pitiatice, nelinişte anxioasă, insomnii, sentimentul insecurităţii, *idei de suicid. Tabloul clinic s-a instalat reactiv, consecutiv unor eşecuri personale* de ordin sentimental şi unor conflicte cu familia. În timpul internării, deşi retrasă, foarte puţin comunicativă, căutând să mascheze starea sa clinică, bolnava proiectează în lucrările sale literare propriile preocupări legate de criza actuală nevrotică şi perspectiva sumbră pe care şi-o prevede:

Eu mă tem de Soartă
Soarta pândeşte din umbră,
Unde eu nu pot privi,
Sunt încă mică şi nu am experienţa vieţii.
Un alt factor de care mă tem,
Este Timpul, ce este frate geamăn cu
Măria Sa Destinul,
Are şi el un rol covârşitor
În viaţa omului,
Când îi este lumea mai dragă,
Îi dă o puternică Lovitură.

O analiză a exemplelor de mai sus ne pune în faţă un material extrem de interesant, *bogat şi polimorf din punct de vedere psihopatologic şi psihanalitic. Dacă din punct* de vedere psihopatologic acest material produs de bolnavi este expresia clinică a *transformării morbide a personalităţii lor, în plan psihanalitic valoarea simbolică şi* analiza materialului au o profundă semnificaţie în raport cu fenomenele proiective şi conţinutul inconştientului acestor bolnavi. Remarcăm o „invadare" a *sferei Eului de* către inconştient la psihotici, pe când la nevrotici Eul „trăieşte" istoria dramatică a conflictelor inconştientului, cum este cazul bolnavei *M.L.F.* de mai sus. În plus, dacă în cazul nevroticilor simbolistica are un caracter inteligibil în raport cu situaţia conflictuală, la psihotici orice legătură inteligibilă dispare, Eul pierzându-şi compl

autonomia sa în raport cu inconştientul şi, în plus, fenomenul de cenzură părând a fi complet suprimat.

Aceste aspecte ies cu atât mai mult în evidenţă atunci când utilizăm ca material psihanalitic picturile bolnavilor psihici. Expresia patoplastică are o semnificaţie simbolică de o mare valoare, ea „vizualizând" universul psihotic sau nevrotic transformat al personalităţii acestor bolnavi, aşa cum se poate vedea din analiza cazurilor de mai jos.

O.B., bărbat de 29 de ani, tehnician cu studii medii, se internează pentru insomnii, coşmare, anxietate, sentimente de culpabilitate, tendinţe homosexuale mascate. În psihobiografia bolnavului observăm o accentuată dependenţă maternă, egocentrism narcisic, structură libidinal-pulsională de tip masochist, experienţe homosexuale. Tabloul clinic actual are o pronunţată structură nevrotic-anxioasă.

În cursul internării, bolnavul a desenat, în mod spontan, în cadrul activităţii de psihoterapie analitică ocupaţională. Tematica lucrărilor sale, de o mare expresivitate, reproduce visele-coşmare ale bolnavului. Aceste coşmare şi reproducerea lor în desen se repetă cu o frecvenţă constantă, având semnificaţia simbolică a unor înclinaţii homosexuale şi acte de agresivitate, care sunt trăite de bolnav cu sentimente de *ruşine* şi *culpabilitate*. Reproducem spre ilustrare lucrările intitulate de bolnav „Obsesie" (figura 9), „Coşmar" (figura 10) şi „Cine va învinge?" (figura 11). În toate aceste lucrări apar, în mod constant, două personaje: pisica, simbol al agresivităţii distructive, şi persoana bolnavului, ca simbol al victimei agresate. În toate lucrările sale, bolnavul (personajul masculin) este figurat mut, iar în ultimele două este văzut/figurat din spate (agresivitate homosexuală). Lucrările acestuia au fost utilizate în cursul şedinţelor de cură psihanalitică de interpretare a viselor-coşmare

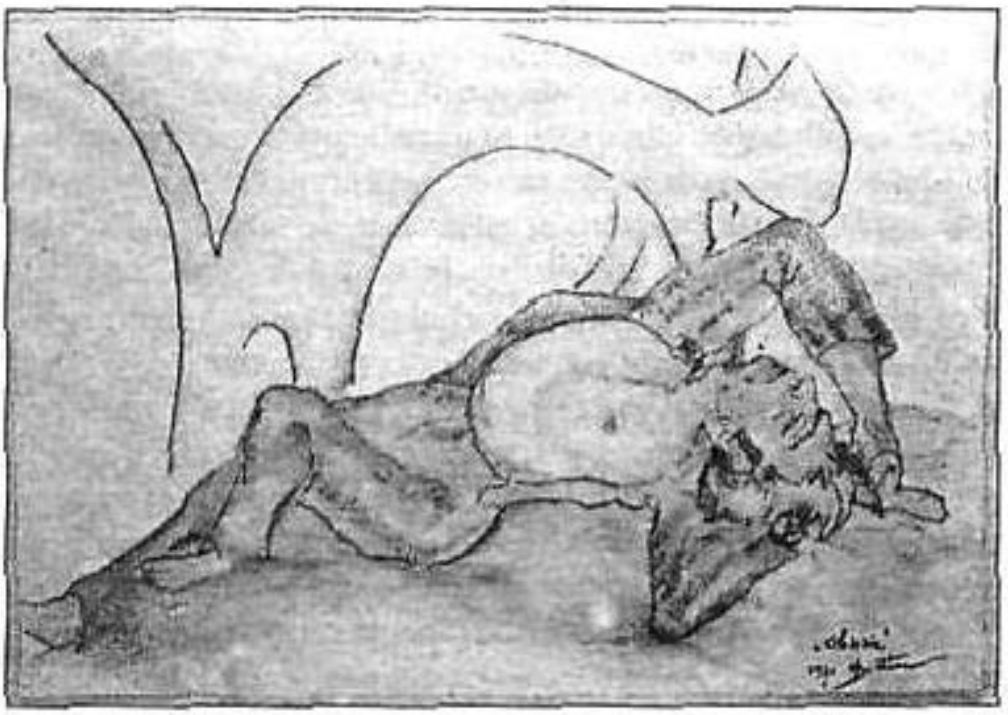


Figura 9

Figura 10

şi de conştientizare a raportului agresivitate-homosexualitate, în relaţie cu sentimentele de *ruşine/culpabilitate* care au dus la tulburările nevrotic-anxioase ale bolnavului.

L.E.B., femeie de 34 de ani, cu studii medii, foarte cultivată şi talentată la desen, este internată pentru un tablou clinic extrem de polimorf în care remarcăm: bizarerii, discordanţă, idei delirante de urmărire sau cu temă erotică, fobii, anxietate alternând cu explozii de expansivitate emoţională, stări de extaz mistic, halucinaţii vizuale şi auditive, *trăiri onirice. În cursul spitalizării, bolnava a desenat foarte mult, lucrările* sale având ca subiect conţinutul viselor sau al temelor sale delirant-halucinatorii. *Lucrările au un pronunţat conţinut simbolic, extrem de interesant şi semnificativ,* cu aspect ireal, fantastic, în special acelea cu tematică inspirată din visele bolnavei, cum vom arăta în capitolul următor. Un exemplu de compoziţie simbolică lucrarea intitulată „Peisaj lunar cu viermi", inspirată din visele bolnavei. Lucrarea are o marcată notă de stranietate, de ireal fantastic. Ea reprezintă un peisaj nocturn: câmpul este plin de iarbă, iar în mijloc este aşezată o carte cu paginile deschise „de la Alfa la Omega", explică bolnava. Este simbolul biblic, în relaţie cu delirul mistic şi stările de extaz mistic ale bolnavei. Această carte-simbol este atacată de viermi care „vor s o devoreze", ei fiind simbolul persecutorilor bolnavei. Notăm alături de delir *mistic şi un delir cu temă persecutorie, precum şi o fobie faţă de sexul opus. În acest*

Figura 11

sens, „cartea" poate fi interpretată ca simbol feminin în care se proiectează bolnava, iar „viermii" ca simbol falic, masculin, legat de fobiile bolnavei şi de delirul acesteia.

I.Ş., bărbat de 38 de ani, cu studii medii, cultivat, în prezent fără ocupaţie, este internat de mai multă vreme în secţia de bolnavi cronici a Spitalului de Psihiatrie pentru schizofrenie paranoidă. Tabloul clinic este dominat de idei delirante de urmărire şi persecuţie, nesistematizate, halucinaţii auditive, automatism mintal, bizarerii, conduită de tip discordant, dedublarea personalităţii, izolare autistă, răceală afectivă, refuzul de comunicare. Talentat la desen, el a lucrat în atelierul de Art-terapie al spitalului, producând numeroase creaţii în care este figurat, într-o manieră simbolică, universul său imaginar. Lucrarea „Oameni în apă" (figura 12) este o compoziţie bizară, cu aspect ireal, în care sunt figurate trei personaje umanoide, pe care le etichetăm ca transformări ale expresiei simbolice naturale în „neomorfisme simbolice", aşa cum sunt numite în literatura de specialitate (H. Prinzhorn, R. Volmat, J. Bobon, C. Enăchescu), şi care exprimă transformarea modului de gândire şi de expresie simbolică specifică bolnavilor schizofrenici.

Lucrarea intitulată „Chip fără cap" (figura 13) este o compoziţie bizară, de factură suprarealistă, expresie a dezorganizării imaginii de sine, consecutivă tulburărilor de personalitate ale bolnavului în cursul evoluţiei procesului schizofrenic. În stânga desenului este figurat „capul" în manieră de „*Janus bifrons*", fiind format din

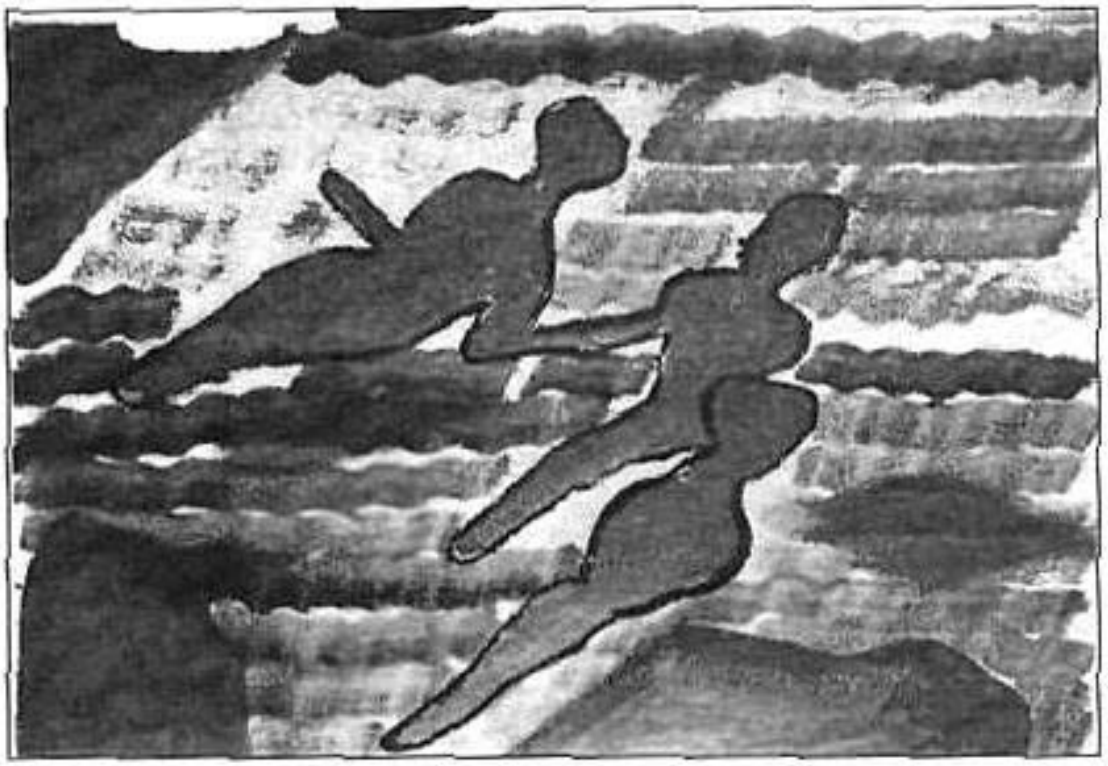


Figura 12

Figura 13

două „măşti", una veselă şi cealaltă tristă (simbol al ambivalenţei afective a bolnavului), separate de un „şarpe" (simbol falic). În dreapta desenului, aşezat pe un scaun, este un „corp uman", nediferenţiat sexual, fără cap şi fără braţe (expresie simbolică a tulburărilor de schemă corporală şi a pierderii identităţii propriului Eu.

Putem conchide, fără a exagera, că analiza materialului produs de bolnavi şi transmis verbal sau plastic, prin conţinutul său simbolic extrem de polimorf, oferă posibilitatea unei sondări directe a inconştientului acestor persoane, descifrând, dincolo de aspectele formale, de expresie, un conţinut extrem de semnificativ aflat în relaţie directă cu natura personalităţii lor.

Capitolul 8

Somnul şi visele

Un aspect al vieţii psihice care a fost pus pentru prima dată în valoare de psihanaliză este reprezentat prin vise. Cel care a demonstrat marea valoare a visului în interpretarea vieţii psihice, prin conţinutul inconştientului, a fost S. Freud, în cartea sa *Traumdeutung*, apărută în 1899. Ideea a fost imediat acceptată de psihanaliză şi interpretarea viselor a devenit o parte componentă importantă şi o tehnică curentă atât în investigarea psihanalitică, cât şi în psihoterapie.

Cel care a preluat de la S. Freud „analiza viselor" şi a dezvoltat-o în raport cu conţinutul arhetipal al inconştientului a fost C.G. Jung, subliniind astfel, încă o dată, relaţia visului atât cu inconştientul personal, cât şi cu inconştientul colectiv şi deosebind două categorii de vise: *vise minore*, în relaţie cu conţinutul inconştientului, şi *vise majore*, în relaţie cu inconştientul colectiv.

Visul este un fenomen care apare în cursul *somnului*, motiv pentru care majoritatea specialiştilor tratează aceste aspecte împreună. Vom analiza, prin urmare, în ordine succesivă somnul şi visele.

Somnul şi viaţa psihică

E. Kretschmer pleacă în explicarea naturii somnului de la analiza modului de organizare a vieţii sufleteşti. Pentru autorul citat, *sufletul* reprezintă *experienţa internă*, directă şi imediată a unei persoane. Această experienţă internă şi imediată este diferenţiată prin doi poli: Eul şi lumea externă.

Tot ceea ce reprezintă experienţa interioară sau Eul este un produs al acţiunii reciproce care se exercită între „Eu" şi „Lume", susţine R. Guardini. Acest raport este reprezentat prin următoarele aspecte: procesul de percepţie a lumii de către Eu; procesul de exteriorizare şi expresie a Eului în lumea externă.

În cadrul acestei relaţii, afectivitatea are un rol important, ea reprezentând o atitudine reactivă a Eului faţă de lume.

Analizând natura proceselor psihice, E. Kretschmer distinge două grupe principale, şi anume: *procesele psihice conştiente* (conştiinţa) şi *procesele psihice inconştiente* sau hipnotice (visul, starea de hipnoză, stările crepusculare, isteria, tulburările intelectuale din cursul schizofreniei). Acest autor menţionează că, din punct de vedere cronobiologic, *inconştientul* este cel care apare primul, pe când *conştientul* este instanţa psihică supraadăugată acestuia.

Somnul este manifestarea prin care organismul dă satisfacţie nevoii de repaus a individului. Somnul natural este considerat a fi un mod periodic indispensabil de restaurare psihică, care se desfăşoară după un ritm cotidian.

Un somn calm, egal ca desfăşurare şi durată, conduce la reducerea aproape completă a tensiunilor intrapsihice ale persoanei. În timpul somnului se realizează o stare de relaxare psihică şi somatică, cu efecte restauratoare.

În sfera psihanalizei, S. Freud consideră somnul ca pe o „întoarcere la viaţa prenatală", prin intermediul său creându-se condiţii similare acelui tip de existenţă reprezentate prin căldură, întuneric, izolare, absenţa excitaţiilor externe, sentimentul de protecţie.

Somnul apare şi ca o atitudine de apărare împotriva unei realităţi neplăcute sau a unei tensiuni intrapsihice penibile pentru individ.

Din punct de vedere neuropsihologic, somnul este de două feluri : *somnul lent* şi *somnul paradoxal*. Fiecare dintre acestea are caracteristici şi o dinamică proprie.

Somnul lent corespunde stării de adormit, cu imobilitate şi relaxare musculară, respiraţie calmă şi regulată. Pe baza electroencefalogramelor (E.E.G.), se descriu cinci stadii pentru acest tip de somn : stadiul A, caracterizat prin rărirea undelor alpha pe traseul E.E.G. ; stadiul B, caracterizat prin scăderea voltajului traseului E.E.G. ; stadiul C, caracterizat prin apariţia pe E.E.G. a unor vârfuri de unde ample şi a complexelor kappa (unde mari negative, lente şi elemente polifazice) ; stadiile D şi E, caracteristice fazei de somn profund cu unde mari şi regulate pe E.E.G.

Somnul paradoxal apare la un interval de 10 minute de la adormirea individului şi se repetă de 3-6 ori pe noapte. Această perioadă a somnului constă din următoarele tipuri de manifestări : mişcări globale ale corpului ; mişcări rapide ale globilor oculari sau faza R.E.M. (*rapid eyes movements*) ; neregularitatea ritmurilor cardiace şi respiratorii.

Caracteristica somnului este reversibilitatea sa, spre deosebire de stările de stupoare sau stările comatoase.

În timpul desfăşurării somnului se produce un fenomen psihologic extrem de complex şi interesant, cu o mare valoare în viaţa psihică a individului, reprezentat prin vis. Vom face în continuare o analiză a visului atât din punct de vedere psihologic, cât mai ales psihanalitic.

Visul

Visul nu este un fenomen psihic izolat. El face parte dintr-un ansamblu de experienţe sufleteşti intime trăite de persoana umană. H. Schultz-Hencke apreciază că „nu putem înţelege majoritatea viselor decât apelând la regulile generale ale experienţelor trăite care fac parte din antropologia psihologică". Întrucât omul şi experienţele sale aparţin antropologiei psihologice, „studiul viselor trebuie bazat pe o anumită concepţie despre om", susţine el.

Elementul central al experienţelor trăite de individ îl reprezintă „pulsiunile", *motiv pentru care ele vor constitui factorul central al tematicii şi al dinamicii viselor.* Visul ne apare ca o experienţă psihologică, legată în primul rând de satisfacerea pulsiunilor individuale.

Prin natura sa încărcată de mister, prin conţinutul său insolit, visul a exercitat o atracţie puternică asupra omului, fascinându-l şi neliniştindu-l totodată.

Considerându-le ca „fiind trimise de zei", Homer credea că visele au virtuţi oraculare, astfel încât prin ele divinitatea „anunţa" omenirea sau o „avertiza" asupra unor viitoare situaţii la care trebuie să se aştepte. Istoria culturii este plină de exemple de vise celebre legate de evenimente istorice, sociale, religioase. În cultură, *visul este considerat ca un fel de „experienţă paralelă" cu cea a vieţii cotidiene,* căreia trebuie să i se acorde o importanţă deosebită, întrucât ea fie corectează, fie previne situaţii actuale sau viitoare. Asemenea exemple sunt întâlnite în Biblie, în *Iliada* etc. Nu vom insista mai mult deocamdată asupra acestor aspecte, ele ţinând de antropologia culturală şi psihologică, dar asupra lor vom reveni.

A. Porot defineşte visul ca fiind „fenomenul psihologic care apare în timpul somnului, alcătuit dintr-o serie de imagini a căror desfăşurare constituie o situaţie dramatică mai mult sau mai puţin completă şi coerentă".

Pentru S. Freud „visul este, în viaţa mentală a fiinţelor normale, un fenomen obişnuit". *Visele pot fi confuze, inteligibile, chiar absurde, uneori în contradicţie flagrantă* cu realitatea. Cu toate acestea, individul este înclinat să admită calitatea de realitate obiectivă a visului. Acest fapt se datorează naturii speciale a visului, care reprezintă o experienţă sufletească deosebit de acută, de vie şi de intens trăită de individ.

Ca şi S. Freud, C.G. Jung consideră visele ca fiind „o autoprezentare a proceselor inconştientului, pe care trebuie să le considerăm, de fiecare dată, ca pe o compensare a stării conştientului, raportându-le la o situaţie existenţială anterioară şi particulară *a vieţii celui care visează".*

Vorbind despre vise, S. Freud afirmă că acestea reprezintă „calea regală" de *sublimare a pulsiunilor refulate ale inconştientului unei persoane, prin care situaţii* conflictuale sunt rezolvate într-o manieră „deturnată".

C.G. Jung leagă atât travaliul oniric, cât şi conţinutul viselor de „temele arhetipale" ale sferei inconştientului, care sunt exteriorizate în cursul viselor sub formă de imagini şi simboluri. Pentru el, arhetipurile reprezintă „materialul" din care se construiesc scenele din cursul visului.

Considerând că visele îşi au originea în inconştient, C.G. Jung distinge două *categorii de vise, şi anume:*

a) Vise net conturate, bogate în detalii şi care se raportează la o problemă strict personală a individului. Acestea sunt „visele mici" şi ele îşi au originea în sfera *proprie şi subiectivă a inconştientului personal.*
b) Vise mai puţin clare, cu detalii mai şterse sau chiar lipsite de acestea, reprezentând imagini în raport cu marile probleme ale lumii şi ale vieţii. Acestea sunt „visele mari" şi ele îşi au originea în sfera obiectivă a *inconştientului colectiv.*

Orice vis are un rol *compensator* pentru individ. În cazul „viselor mici", compensarea constă într-o mai bună adaptare a individului la problemele sale cotidiene. În cazul „viselor mari", se dau răspunsuri la unele probleme tipic supraper-sonale cu caracter universal uman care frământă individul. Acest din urmă caz este exemplificat prin *visele profetice* din Biblie ş.a.m.d. În cazul viselor profetice, este pusă în acţiune funcţia transcendentă, cu ajutorul căreia individul găseşte soluţii generale la o realitate tensionată, conflictuală sau închisă pe care este chemat să o rezolve. Este cazul visului regelui Nabucodonosor cu „cele şapte vaci grase şi cele şapte vaci slabe".

H. Schultz-Hencke merge mai departe cu analiza şi interpretarea viselor, afirmând că, de fapt, existenţa visului pune în discuţie, în sfera vieţii psihice, două forme de experienţă sufletească, şi anume: *experienţa conştiinţei* sau „viaţa Eului" şi *experienţa visului* sau „viaţa inconştientului". Este un fapt cert: între conştiinţa clară şi starea de vis există un paralelism absolut, pe care H. Schultz-Hencke îl consideră ca pe o „dublă imagine" în oglindă. Una se reflectă în cealaltă. Observaţia este extrem de interesantă, întrucât pune în evidenţă aspecte funcţionale şi caracteristici de complementaritate între conştient şi inconştient sau între Eu şi Sine. În virtutea acestei teze, conştiinţa şi visul se completează reciproc, ele neputând funcţiona separat. Aceasta vine să completeze şi să întărească teza psihanalitică referitoare la vis, considerat ca „un fragment al trăirii umane". Viaţa persoanei lipsite de vis ar fi incompletă, poate chiar imposibilă.

Stabilind aspectele amintite, H. Schultz-Hencke atribuie visului următoarele funcţii:

a) retrăirea amintirilor „uitate" de individ ca pulsiuni refulate;
b) aducerea în sfera Eului a pulsiunilor refulate şi prin aceasta favorizarea unei „descărcări" a tensiunii psihice a inconştientului;
c) stimularea producţiilor imaginaţiei;
d) oferirea unor soluţii compensatorii la situaţiile conflictuale, cu caracter dramatic, ale vieţii individuale;
e) întâlnirea individului cu transcendentul, cu metafizica, respectiv luarea la cunoştinţă a conţinutului arhetipal al inconştientului colectiv;
f) trăirea plenară, liberă a universului afectiv uman;
g) sublimarea unor situaţii speciale ale vieţii sau a unor tendinţe individuale;
h) rezolvarea unor relaţii interumane în plan imaginar;
i) contribuţia la maturizarea individului.

Structura visului

Orice vis este constituit din „imagini" care sunt reunite în „scenarii" de complexitate diferită, în raport cu tematica lor de referinţă. Acest *conţinut al viselor* este compus din două elemente, şi anume:

1. *Conţinutul manifest*, reprezentat prin imaginile onirice propriu-zise, aşa cum i se înfăţişează ele persoanei care visează.

2. *Conţinutul latent*, cu caracter simbolic, reprezentând semnificaţia conţinutului manifest, sensul „imaginilor" din cursul visului, fiind în relaţie direct inteligibilă cu motivele care stau la baza lor.

Imaginile onirice provin din transformarea figurativ-simbolică a conţinutului latent al visului (pulsiuni refulate, complexe ideoafective, arhetipuri, situaţii conflictuale, *simptome nevrotice etc.), iar procesul prin care acestea se transformă în conţinut* manifest se numeşte *travaliu oniric*.

Pentru C.G. Jung, sursa conţinutului latent al viselor îl reprezintă „temele arhetipale" sau „complexele individului". Pornind de la aceste date, C.G. Jung distinge cele două forme de vise amintite mai sus: „visele mici" şi „visele mari".

Travaliul oniric constă în transformările conţinutului latent în conţinut manifest sau în imagini onirice. Acest mecanism psihologic se realizează printr-o „elaborare inconştientă a gândirii preconştiente" (S. Freud). Mecanismele care participă la realizarea acestui proces sunt, după S. Freud, următoarele:

a) *condensarea-aglutinarea* – constă în formarea unor imagini noi din elemente disparate, oferite de experienţa anterioară a individului;
b) *deplasarea* – constă în transferul unei încărcături afective a unui obiect către un alt obiect de substituţie sau deplasarea sensului obiectului primar către un altul;
c) *dramatizarea* – constă în formarea unei idei abstracte printr-o imagine cu o mare încărcătură afectivă, imagine care are ca rol „transportarea" tensiunii intrapsihice din inconştient în afara acestuia;
d) *simbolizarea* – constă în extragerea esenţialului şi în redarea sau reprezentarea schematică sau stilizată a imaginilor onirice;
e) *neomorfizarea* – constă în crearea unor imagini simbolice noi, neobişnuite, ireale, fabuloase sau terifiante, inexistente în realitate, dar care exprimă formal-concret sensurile noi pe care le exprimă stările de tensiune conflictuală ale inconştientului într-o manieră alegorico-simbolică.

Bazându-se pe considerentele mai sus menţionate, unii autori au emis teza conform căreia visul şi conţinutul acestuia se pot „apropia" din punct de vedere tematic de delir şi de conţinutul gândirii delirante, ambele constituind o realitate diferită de cea a lumii obiective externe, concrete. Este incontestabil faptul că atât visul, cât şi delirul sunt expresia unei realităţi sufleteşti diferite de cea externă. Nu trebuie însă identificate *aceste două forme de experienţe subiective sufleteşti. La baza visului stau* pulsiunile, complexele şi arhetipurile inconştientului, pe când delirul are la origine o alterare a aparatului logic al gândirii în planul organizării sale manifest-formale şi motivaţia unui conţinut latent, date de o transformare a personalităţii individului de factură patologică.

Semnificaţia şi interpretarea viselor

S. Freud spune că „orice vis în curs de formare impune, cu concursul inconştientului, ceva anume din partea Eului. Ceea ce remarcă visul este fie satisfacerea unei pulsiuni, fie lichidarea unui conflict, înlăturarea unei îndoieli, realizarea unui proiect etc.". Interpretarea viselor în psihanaliză se face după mai multe tehnici, fiecare exprimând o anumită concepţie referitoare la *om* şi *suflet*. Ne vom referi în continuare la două dintre metode: metoda lui Freud şi metoda lui Jung.

1. *Metoda lui S. Freud*

Metoda lui S. Freud de interpretare a viselor constă în descifrarea semnificaţiei conţinutului latent, cu caracter simbolic al visului, prin metoda „liberei asociaţii" de către subiectul condus de psihanalist. Astfel, „conţinutul manifest" al visului apare ca un veritabil limbaj purtător de *sens*. Înţelesul acesta este cel care, luând forma „conţinutului latent", cuprinde conflicte, dorinţe, tendinţe refulate, stări complexuale, simptome nevrotice etc.

2. *Metoda lui C.G. Jung*

Pentru C.G. Jung, visul este un tip particular de *Gestalt*, o totalitate, mai mult sau mai puţin realizată în întregime, analoagă unei *drame*. În consecinţă, visele se pot decupa în elementele lor componente, grupându-le în „scenarii" după schema unei drame clasice. În sensul acesta, C.G. Jung distinge următoarele părţi ale visului: a) expunerea acţiunii; b) personajele; c) climatul acţiunii sau „intriga"; d) liza sau soluţia acţiunii onirice.

Toate aceste elemente ale *dramei onirice* se desfăşoară extrem de rapid şi ele impun o observaţie şi o atenţie deosebite din partea analistului.

În raport cu conţinutul lor tematic, visele pot fi de mai multe feluri, atât cele *mici*, individuale, cât şi cele *mari*, universale. Din acest punct de vedere, am preferat să deosebim următoarele categorii:

a) *visele compensatorii*, care prin desfăşurarea lor „re-fac" o situaţie dezagreabilă sau chiar o experienţă eşuată din viaţa individului, prin aportul unei „reparaţii compensatorii";
b) *visele conflictuale* sunt visele care au o tematică conflictuală, legată de situaţii de viaţă ale individului care-l pun în imposibilitatea de a se manifesta liber sau care, dimpotrivă, readuc în prim-plan conflicte pe care acesta nu le poate rezolva şi care-l domină;
c) *visele penibile*, cu caracter anxios, contrare modului de a gândi şi de a acţiona ale individului, în special în plan moral. Ele sunt legate de situaţii conflictuale care au generat stări complexuale, în special de inferioritate sau de culpabilitate;

d) *coşmarele* sunt vise terifiante, cu o puternică încărcătură anxioasă, agresivitate şi pericol, torturând persoana şi fiind legate în special de trăiri anterioare sau de situaţii de ameninţare, primejdie, catastrofă;
e) *visele absurde* sunt vise aparent inexplicabile, de o încărcătură simbolică extrem de complexă şi greu de descifrat, *legate de experienţe speciale ale bolnavului* psihic sau ale unor persoane cu tulburări clinice latente;
f) *visele profetice* sunt visele cu caracter de „premoniţie", care au la baza lor materialul arhetipal ce este depozitat în sfera inconştientului colectiv şi care redau într-o formă simboliçă deosebit de complexă frământările individului sau ale grupului social al acestuia, fiind legate de o problematică supraindividuală.

Toate visele, indiferent de forma lor, au rolul de a satisface Eul individual şi de a descărca într-o formă sublimată inconştientul de tensiunea pulsiunilor sale acumulate.

Vom analiza în continuare câteva vise ale unor bolnavi psihici, pentru a exemplifica aspectele mai sus prezentate. De pildă, cazul bolnavei L.E.B., al cărei tablou clinic s-a dezvoltat în relaţie directă cu conflictele frecvente dintre aceasta şi soţul său, alcoolic şi psihopat sadic, cu care era obligată să aibă raporturi sexuale de factură perversă. Bolnava a dezvoltat o adversitate în raport cu tendinţele agresive sexuale ale soţului său, care a luat tabloul clinic al unei schizofrenii paranoide. Separate de simptomatologia clinică menţionată sunt visele bolnavei. Acestea, extrem de frecvente, au o tematică bizar-terifiantă din punct de vedere emoţional-afectiv, toate având ca centru de referinţă *agresivitatea sexuală a soţului* bolnavei, redată într-o manieră simbolică extrem de complexă şi de o mare varietate.

Din punct de vedere psihanalitic, visele bolnavei constituie un material extrem de preţios, care ajută la înţelegerea schimbării personalităţii acesteia, a trăirilor sale legate de traumele sexuale şi a reprezentării onirice a acestora. Vom prezenta în continuare două dintre visele bolnavei, deosebit de semnificative în sensul celor menţionate mai sus.

Visul intitulat de bolnavă „Naşterea pisicilor" (figura 14) este un coşmar desfăşurat în patru scenarii, care reproduce într-o manieră simbolică stările conflictuale ale acesteia, având ca temă traumatismele sale psihosexuale. În prima scenă (1), bolnava dezbrăcată este atacată de o pisică care-i zgârie şi-i devorează sânii. În cele două „găuri ale sânilor" pisica a dat naştere la patru pisoi, câte doi în fiecare sân. În cea de-a doua scenă (2), aceşti patru pisoi au intrat în corpul bolnavei pe care l-au traversat. A treia scenă (3) ne-o prezintă pe bolnavă „gravidă cu pisoii", care s-au fixat doi în abdomen şi doi în regiunea dorsală. În cea de-a patra scenă (4), după maturarea pisoilor, bolnava îi expulzează pe gură cu suferinţă şi dezgust. Visul este extrem de interesant şi cu o mare semnificaţie simbolică. În acest cadru identificăm pisica cu persoana agresivă a soţului bolnavei, pisoii cu lichidul seminal, fixarea acestora în abdomen şi în regiunea dorsală cu raportul sexual vaginal şi cel anal la care este supusă bolnava de către soţul său, iar naşterea bucală ca pe un fenomen de conversiune prin care este exprimată starea de dezgust şi de repulsie a bolnavei legată tot de perversiunile sexuale ale soţului său (relaţii orale).

Figura 14

Al doilea vis al aceleiaşi bolnave este intitulat „Monstrul" şi se situează pe aceeaşi linie a viselor simbolice cu semnificaţie legată de traumatismele psihosexuale şi agresivitatea soţului bolnavei. Spre deosebire de visul precedent, la care travaliul oniric este organizat în scenarii strict delimitate şi cu o succesiune ordonată, visul acesta este centrat în special pe „obiectul psihotraumatismului". Planul desenului este împărţit în două sectoare de o linie oblică. În zona din dreapta este prezentată bolnava care a dat naştere „pe gură" unui copil anormal, „un monstru cu patru mâini şi cu patru picioare" pe care-l priveşte. În zona din stânga a desenului este reprodus „monstrul", despre care bolnava spune: „Copilul începe să crească rapid şi la un moment dat, el va dori, cu cel de-al treilea picior, să aibă contact sexual cu mama sa". Acest vis reproduce angoasa bolnavei legată de incest, în care concentrează agresivitatea sexuală şi fizică a soţului său.

I.M., bărbat de 35 de ani, cu nivel cultural mediu, topograf într-o întreprindere minieră, este internat pentru alcoolism cronic. Bolnavul acuză cefalee, insomnii, stare permanentă de anxietate, nelinişte interioară sub forma unor cenestopatii difuze, somn neliniştit populat cu coşmare. Talentat la desen, bolnavul a reprodus, în cursul spitalizării, mai multe din visele sale. Acestea redau, într-o formă simbolică, conţinutul conflictual legat de starea clinică actuală a bolnavului.

Visul intitulat de bolnav „Dezastrul" (figurile 15 şi 16) redă, cu o mare încărcătură *anxioasă, frica acestuia de alcool şi pericolul iminent la care este expus.* Visul se desfăşoară în două secvenţe. Prima secvenţă îl înfăţişează pe bolnav în interiorul casei sale, ameninţat de „obiectele" care simbolizează consumul de alcool (cănile), de care acesta se apără „acoperindu-şi ochii". A doua secvenţă exprimă sfârşitul inevitabil al acestei experienţe patologice : moartea.

Figura 15

Figura 16

Spre deosebire de visele bolnavei L.E.B., care au o mare încărcătură simbolică, fiind expresia unor conflicte psihice profunde, legate de traume psihosexuale, în cazul bolnavului I.M., visele au caracterul unor coşmare al căror obiect este clar exprimat şi de al cărui pericol bolnavul este terorizat : consumul de alcool.

În analiza viselor, specialiştii notează o anumită organizare secvenţială, acestea desfăşurându-se sub forma unor „scenarii onirice" succesive, adesea cu un caracter

aparent absurd, irațional, fără o legătură inteligibilă între ele. Aspectul are în vedere gândirea logică. De fapt, visele reproduc, în mod secvențial, conflictele inconștiente ale bolnavului, tendințele acestuia, frustrările, complexele, dar și elementele compensatorii. Acestea se pot vedea din următoarele exemple.

E.C., femeie de 33 de ani, licențiată în filologie, este internată pentru tulburări nevrotice apărute în urma unor grave conflicte conjugale cu soțul său. În tabloul clinic al bolnavei se remarcă o stare de nesiguranță de sine, tensiune anxioasă, sentimentul nerealizării și al eșecului în viața de familie, lipsă de protecție, izolare. Aceste aspecte se regăsesc în visele sale „Pană-Albă" și „Pescuitul cu pisica".

Visul „Pană-Albă" este imaginea simbolică a nevoii de protecție din partea unui partener ideal. Bolnava relatează astfel visul:

> Mergeam pe potecile unei păduri cu vegetație luxuriantă. Simțeam că ne paște un pericol. Deodată, din depărtare, au început tam-tam-urile și atunci am știut că sunt pieile-roșii. Dintr-un desiș a apărut un bărbat frumos, împodobit cu pene multicolore în jurul capului, cu arcul în mână și care, cu voce joasă, a spus că el este Pană-Albă și vrea să mă ajute. A indicat un fel de cabană în care m-am refugiat. Nu aveam arme și, cum pe masă erau niște cărți de joc, am avut ideea confecționării unor arme. Am tăiat fâșii numai popii, am împăturit fâșiile tăiate și cu ajutorul unor elastice am făcut un fel de praștie. Prin obloanele trase vedeam cum războinicii se apropie și am început să trag cu praștia. Cel care era lovit în frunte cădea mort. S-a ordonat retragerea. Am plecat de la cabană cu convingerea că nu-l voi mai vedea pe Pană-Albă. Mi s-a spus că a căzut eroic, străpuns de o săgeată în inimă.

Visul are numeroase simboluri:

a) potecile unei păduri cu vegetație luxuriantă = viața bolnavei;
b) „ne paște un pericol" = nesiguranța și insatisfacția vieții;
c) Pană-Albă = imaginea idealizată a bărbatului către care aspiră;
d) cabana = simbolul siguranței, oferit de „salvatorul" Pană-Albă;
e) cărțile de joc = soluția salvării, a norocului;
f) praștia = transferul propriilor probleme asupra adversarului;
g) săgeata și moartea lui Pană-Albă = sacrificarea salvatorului.

Visul „Pescuitul cu pisica" are semnificație simbolică compensatorie în raport cu eșecul familial legat de conflictele cu soțul său.

> Așteptam liftul cu mai mulți colegi de birou, dar, fiind multe persoane înaintea noastră, ne-am plictisit și cineva a propus să pescuim. Ne-am întors și în spatele nostru era un lac, pe marginea căruia se găseau mai mulți pescari. Am aruncat și eu undița cu râma, dar nu am prins nimic. Atunci, un coleg s-a oferit să-mi dea o pisică cu care voi pescui mai mulți pești. Am prins pisica vie de capătul sforii și am aruncat-o în apă. Imediat, undița a prins să trepideze. Am tras undița și pisica ținea cu dinții și ghearele un pește de toată frumusețea. Fericită, am repetat operația și de fiecare dată pisica îmi scotea câte un pește.

Interpretarea simbolică a acestui vis este următoarea:

a) liftul = rigoarea cotidiană, constrângerea, obligativitatea;
b) pescuitul = activitate liberă, destindere;
c) lacul = spaţiul deschis posibilităţilor şi surprizelor;
d) râma = complex de inferioritate;
e) colegul = bărbatul amabil, salvator, protector, care revine;
f) pisica = simbolul agresivităţii, anularea complexului de inferioritate, relaţia sa *cu bărbatul care îi oferă pisica;*
g) peştele = realizarea dorinţei sublimate a relaţiei cu bărbatul.

M.V., femeie de 30 de ani, desenator tehnic cu nivel cultural mediu, prezintă importante tulburări nevrotice legate de o situaţie oedipiană nerezolvată. Era foarte ataşată în copilărie de tatăl său. Mama era deosebit de severă, o bătea adesea, în timp ce tatăl o ocrotea, fiind perceput adesea ca un „complice". Idealul său masculin se raportează la imaginea tatălui. Pentru M.V., soţul ideal este „un om superior, de la care am ceva de învăţat. El trebuie să fie ceva care să semene a părinte-prieten-soţ, *să fie liniştit, echilibrat, tandru*".

Tulburările nevrotice apar la scurtă vreme după căsătorie şi sunt legate de conflicte de ordin emoţional-afectiv, brutalizări fizice, legături extraconjugale ale soţului. Apare o stare de anxietate, frigiditate, de repulsie faţă de soţul său. Începe „o legătură sentimentală cu un coleg", care îi aminteşte „de persoana tatălui ei"; aceste aspecte apar în câteva dintre visele bolnavei, pe care le redăm în continuare.

> L-am visat pe tatăl meu, care este decedat. Eram tare supărată, atât de supărată încât, dacă m-ar fi întrebat dacă vreau să mor, i-aş fi răspuns bucuroasă că da. M-am gândit mult la tatăl meu care dacă trăia şi era sănătos, viaţa mea ar fi decurs cu totul altfel. L-am visat că a venit la mine şi s-a aşezat pe marginea patului. Era tare trist. Mă privea cu multă duioşie şi afecţiune. Întrebându-l ce doreşte, mi-a cerut un pahar cu bere, apoi s-a culcat lângă mine în pat şi m-a îmbrăţişat.

Visul este o scenă simbolică de regresiune, legată de o situaţie oedipiană nerezolvată a bolnavei, declanşată de conflictele conjugale cu soţul său şi „reîntoarcerea" compensatorie la persoana tatălui.

Al doilea vis al bolnavei este în relaţie directă cu conflictele sale de ordin conjugal, aşa cum se poate vedea în continuare.

> Treceam un râu foarte lat peste un pod. Am ajuns la o casă necunoscută, unde era un copil bolnav. Mi-a venit atunci ideea să merg la o babă care ştia să ghicească să o întreb dacă mai erau şanse de salvare, dacă va trăi acest copil. Am primit următorul răspuns: „Cum îţi găseşti timp să alergi să te interesezi de toţi, dar pentru tine nu găseşti timp niciodată? Găseşti că eşti prea fericită? De soţul dumitale nu vei scăpa niciodată. Fii mai egoistă şi caută să-ţi aranjezi singură fericirea în viaţă".

Tematica simbolică a visului este clară:

a) râul, podul = simbolul drumului în viaţă;
b) casa necunoscută = simbolul familiei sale, pe care o refuză;

c) copilul bolnav = simbolul situaţiei conflictuale din propria casă, respectiv familia sa ;
d) baba care ghiceşte = simbolul Supra-Eului şi al cenzurii, dar şi al unui *alter-Ego* care se revoltă faţă de atitudinea bolnavei de acceptare a propriilor situaţii conflictuale ;
e) „fii mai egoistă" = compensarea conflictelor prin întărirea propriului Eul.

Se poate vedea din cazurile prezentate mai sus că analiza viselor în psihanaliză este de o importanţă majoră în ceea ce priveşte cunoaşterea personalităţii bolnavilor, precum şi în atitudinea terapeutică privind măsurile care se impun în aceste situaţii.

Analiza viselor constituie, în mod incontestabil, calea de acces cea mai directă, cea mai bogată şi mai sigură în rezultate la care face apel psihanaliza pentru investigarea inconştientului bolnavilor, a conţinutului conflictual al acestuia. Vom relua pe larg aceste aspecte când vom discuta, în secţiunea a doua a lucrării noastre, studiul materialului narativ al bolnavilor din cursul curei psihanalitice.

Capitolul 9

Raportul corp-suflet în psihanaliză

Aspecte generale

Psihologia şi disciplinele înrudite cu aceasta acordă o atenţie aproape exclusivă sferei sufleteşti a persoanei. Problemele legate de corp, de aspectul somatic al persoanei sunt foarte puţin studiate sau complet neglijate. Singurul domeniu în care se face referinţă la relaţia care există între corp şi suflet este cel legat de problema tipurilor constituţionale, dar şi acesta vine în psihologie din medicină şi psihiatrie *(E. Kretschmer)*.

Necesitatea abordării corpului, a sferei somatice de către psihologie se impune din ce în ce mai mult în ultima vreme. Nu se poate concepe persoana ca un sistem *redus exclusiv la organizarea sferei psihice a individului*. *E. Husserl* afirmă că „ordinea spiritului uman este fundată pe *physis*-ul uman, întrucât în fiecare om, luat individual, viaţa psihică este fundată pe ordinea corporală". În sfera psihologiei, o contribuţie importantă în evaluarea corpului, alături de viaţa psihică, a fost adusă de psihanaliză, care a deschis ulterior domeniul psihosomaticii.

Primii care au subliniat valoarea trupului şi relaţia acestuia cu viaţa spiritului au fost filosofii. La vremea sa, Plotin afirma că „sufletul raţionalizează corpul după imaginea sa". Pentru filosofi, raportul „trup-suflet" are nu numai o semnificaţie existenţială, ci şi una morală (I. Gobry). Corpul reprezintă primul suport natural în care spiritul îşi imprimă propria sa imagine, în asemenea măsură încât trupul este purtătorul amprentei spiritului de care este legat, constituind persoana (I. Gobry).

Pentru E. Mounier, „omul este în fiecare moment suflet şi corp, conştiinţă şi gest, act şi pasiune", justificând în felul acesta cooperarea „trup-suflet". *Corpul* este *instrumentul sufletului* în multe dintre acţiunile sale: mişcare, voinţă, expresie, emoţii etc. Faptul justifică afirmaţia conform căreia, aproape în toate formele sale de manifestare, sufletul are o „modalitate corporală", prin care individul îşi exteriorizează propria sa structură mentală. Din acest punct de vedere, numeroşi autori au *subliniat importanţa trupului ca „instrument de expresie psihologică" (R. Ermiane,* L. Corman).

În sfera moralei, I. Gobry afirmă că „trupul este imaginea valorilor, întrucât *acesta reflectă în mod firesc spiritul". Dar acest trup, la care fac referinţă morala şi* filosofia şi pe care-l preia psihologia, nu are aceeaşi semnificaţie cu cel la care fac referinţă fiziologia, anatomia şi medicina. Este, de fapt, vorba despre o interpretare fenomenologică a *corpului uman (A. Tatossian)*.

Corpul uman, în sens anatomic, este obiectul medicinei somatice, al patologiei generale. *Trupul* însă este corpul uman însufleţit, cel care conferă marca individului, dar şi condiţia prezentării acestuia, a modului său de „a fi" sau de „a exista" (R. Kuhn, A. Zutt, A. Tatossian). Persoana umană este o „existenţă încarnată", întrucât trupul meu este cel care face „ca eu să fiu" o persoană (A. Tatossian). Trupul unei persoane este cel care se opune „corpului-obiect", el fiind „corpul fenomenal" la care face referinţă M. Merleau-Ponty. Cel care poate face sau, mai exact, „simţi" ca o experienţă personală distincţia dintre „corpul-obiect" şi „corpul-subiect" sau dintre *soma* şi trup este Eul meu. În acest caz, Eul se „detaşează de sine", de identitatea naturii sale corporale, autopercepându-se „în oglindă". Rezultatul este luarea la cunoştinţă a unui fapt dublu : persoana „este un corp" şi persoana „are un corp". Se stabileşte astfel, în planul conştiinţei autoreflexive, impresia că Eul este concomitent atât un „corp-subiect", cât şi un „corp-obiect".

Se poate desprinde din cele de mai sus faptul că propriul meu *corp* devine o problemă pentru mine numai atunci când propriul meu *Eu* se contemplă sau îşi pune întrebarea ce este. Prin urmare, în sfera psihologiei, corpul devine o experienţă a propriului Eu.

Conştiinţa de sine a Eului este cea care separă propria mea natură de cea exterioară, individualizându-se în raport cu celelalte obiecte ale *physis*-ului. Din acest moment, persoana se va descoperi ca trup, ca o formă particulară de existenţă corporală, „în carne şi oase", cum afirmă M. de Unamuno. Dar *condiţia carnală* a persoanei o diferenţiază mai mult de lume, întrucât prin intermediul acesteia ea percepe lumea, dar se percepe concomitent şi pe sine însăşi. În sensul acesta, orice act de cunoaştere devine, în mod obligatoriu, şi un act de *cunoaştere carnală*, somato-corporală. Experienţele mele vor trece în mod obligatoriu prin trupul meu. Or, acest fapt este demonstrat de medicină (suferinţă, febră, durere, oboseală etc.), de medicina psihosomatică şi, nu în ultimul rând, de psihanaliză.

Trupul carnal devine o sinteză a experienţelor individuale imediate, dar şi transcendente, întrucât el suferă toate variaţiile persoanei (D. Franck, J.P. Sartre). Trupul carnal este mediul universal al persoanei, care rămâne în toate circumstanţele o unitate prezentă pentru Eul meu şi pentru posibilităţile mele (D. Franck). În felul acesta, trupul devine, pentru persoană, elementul concret determinat, cel mai intim şi mai imediat al oricăror experienţe ale sale, atât temporal-spaţiale, cât şi în planul interior.

Considerată în sensul acesta, *persoana* ne apare ca o componentă „trup-suflet", ca unitate psihofizică a Eului meu. Limitele acestui sistem „trup-suflet" sunt văzute de J.P. Sartre ca fiind reprezentate prin piele, dar pentru D. Franck ele se întind în raport cu câmpul meu perceptiv. Aceasta explică atât experienţa, cât şi transcendenţa sau, altfel spus, „a fi în trup" (experienţă) şi „a fi în afară de trup" (transcendenţă). Or, psihanaliza ridică în mod curent problemele respective.

Al doilea aspect legat de raportul „trup-suflet" are în vedere modul în care se reflectă acest raport în conştiinţa propriului Eu. Pentru K. Jaspers, „eu mă regăsesc pe mine în câmpul conştiinţei mele ca Eu în general". Punând în felul acesta problema, Eul apare ca fiinţa care se surprinde pe ea însăşi. El este subiectul care face

din el însuşi un obiect. În acest moment, se produce o veritabilă „răsturnare" în câmpul conştiinţei mele : *Eul* se descoperă ca fiind *corp* prezent în spaţiul lumii. Astfel, „Eul corporal" devine „un subiect empiric specific, cu un corp de o formă particulară... care îmi aparţine întrucât este impregnat de fiinţa mea" (K. Jaspers).

Persoana nu este conştientă de acest dualism „trup-suflet" în stare de normalitate sau de echilibru funcţional somatopsihic. În aceste situaţii, Eul realizează sinteza „trup-suflet" într-o singură unitate, care este *persoana mea*. Cea care ne revelează *dualitatea „trup-suflet"* este patologia şi suferinţa în general.

Pentru K. Jaspers, o persoană este „ea însăşi" numai în stare de echilibru somatopsihic sau de normalitate. Persoana încetează de a mai fi ea însăşi în următoarele circumstanţe : dacă se produc distrugeri corporale ; dacă apar tulburări ale conştiinţei ; dacă este pierdută capacitatea de orientare sau memoria ; dacă este imposibilă comunicarea cu ceilalţi ; în stările de halucinaţii sau delir ; în situaţiile-limită.

Corelaţii somatopsihice

Rezultă din cele de mai sus că persoana este atât trup, cât şi suflet şi că această sinteză este operată la nivelul Eului. Prin capacitatea sa autoreflexivă, *Eul* devine „fiinţă cugetătoare". Dar Eul nu este numai cel care sintetizează persoana în câmpul conştiinţei sale, ci el este, concomitent, şi „sfera ontologică" în şi prin care persoana există atât ca trup, cât şi ca suflet. În acest din urmă caz, Eul devine şi *sfera experienţelor persoanei* atât în *planul somato-corporal*, cât şi în *planul sufletesc*.

Analiza experienţelor persoanei scoate în evidenţă faptul că latura somato-corporală nu trebuie şi nici nu poate fi separată de latura psihică. Mai mult chiar, aşa cum am mai spus deja, fiecare se poate exprima prin cealaltă, aspecte care se impun într-un mod extrem de pregnant în cazul patologiei psihosomatice sau al curei psihanalitice.

Tulburările care pot apărea în sfera psihosomatică pot avea un dublu sens : dinspre corp către psihic sau dinspre psihic către corp.

Pentru J.P. Sartre, precum şi pentru H. Tellenbach, *corpul* reprezintă o *zonă mută* în cazul normalităţii. El ne atrage atenţia numai în condiţii de anormalitate. Suferinţa este situată, pentru G. Marcel, în zona de interferenţă dintre corp şi suflet. În cazul suferinţei, persoana îşi trăieşte propriul său corp ca pe o „criză existenţială, de pe o poziţie excentrică, fapt care-i creează posibilitatea de a reflecta propriul său corp", afirmă A. Tatossian. Afirmaţiile : „sunt bolnav", „nu mă simt bine" sau „îmi este rău" trimit de regulă la o anumită stare specifică a corpului, resimţită ca anormală de propriul său Eu. În această situaţie, tulburarea este cantonată în sfera somaticului şi suferinţa are ca obiect corpul.

Însă în cazul în care suferinţa are ca punct de plecare sfera psihică, aceasta este percepută ca o destructurare internă a persoanei. Autorii germani fac distincţie între corpul extern-somatic (*Aussenleib*) şi corpul intern-psihic (*Innenleib*) (A. Zutt).

Suferința psihică se va manifesta adesea prin acuze corporale (ipohondrie, isterie, cenestopatii etc.). Astfel de tablouri clinice exprimă faptul că, în toate aceste situații, corpul apare ca o prelungire a psihicului.

Elementul caracteristic, fundamental al alterării corelațiilor psihosomatice, indiferent de natura acestora, este *suferința*. Ea este experiența anormalității, așa cum *sentimentele vitale*, de natură corporală sau psihică, sunt experiența normalității.

Semnificația suferinței constă în faptul că este expresia cea mai plenară a experienței umanului, a trăirii totale, ca prezență, a propriei sale persoane (M. Scheler, M. Florian, H. von Keyserling).

Istoria individuală este o „experiență interioară" a Eului despre care vorbește L. Binswanger. Nu trebuie însă făcută separația între „funcția vitală" și „istoria interioară a vieții", subliniază L. Binswanger. Prima este legată de *experiențele corporale*, pe când cea de-a doua de *experiențele sufletești*. Fără a opera o separare între cele două forme de experiență, L. Binswanger, care-și trage substanța concepției sale atât din psihanaliză, cât și din existențialism, afirmă că ceea ce are valoare este descifrarea semnificațiilor acestei experiențe, ce constituie domeniul unei „psihologii hermeneutice".

Important este faptul că, spre deosebire de psihologia clasică generală și de psihiatria clinică, *psihanaliza* lui S. Freud și *analiza existențială* a lui L. Binswanger, ca, de altfel, întreaga școală germană de *antropologie medicală* (A. Zutt, R. Kuhn, V.E. von Gebsattel) aduc în prim-plan ca temă problema *corpului*, situând-o la același nivel cu viața psihică. Aceste puncte de vedere deschid noi perspective înțelegerii naturii și persoanei umane.

Raportul corp-suflet în psihanaliză

Am arătat deja care sunt aspectele principale legate de valoarea corpului în raport cu personalitatea umană. El participă direct și activ la explicarea patologiei psihice, dar și a dinamicii normale a vieții individului. Aceste aspecte au fost puse pregnant în evidență de teoria și practica psihanalizei.

Psihanaliza a modificat în mică măsură cadrele nosografice ale psihiatriei clinice. Ea a adus importante precizări și explicații ale genezei bolilor psihice, în special nevroze, stări reactive și patologii psihosomatice. Scopul psihanalizei este de a sesiza semnificația ansamblului tabloului clinic în măsura în care el exprimă raporturile bolnavului cu lumea și cu propriul său Eu. În felul acesta, originalitatea psihanalizei constă în construirea unei concepții dinamice despre boala psihică.

În psihanaliză, „boala psihică" este considerată a fi o tentativă de reglare a problemelor care nu au mai putut fi rezolvate într-o manieră satisfăcătoare. Din acest motiv, se pune un accent deosebit pe *conflict*, considerat a fi un factor comun atât pentru *sănătate*, cât și pentru *boala psihică*.

Psihanaliza consideră că, în esența lui, *conflictul* nu este patologic. *Viața* ne apare ca o alternanță între starea de *echilibru* și *dezechilibru*, ca o succesiune de încercări

reuşite şi de erori pentru stabilirea echilibrului tulburat. În sensul acesta, este semnificativă definiţia pe care J. Bordet o dă vieţii: „Viaţa este lupta pentru menţinerea unui echilibru în permanenţă ameninţat".

Dacă aceste eforturi reuşesc, refăcând echilibrul optim între organism şi mediu, o dată cu realizarea plenară a posibilităţilor persoanei, se poate vorbi de o integrare normativă sau constructivă.

În cazul în care organismul nu ajunge la rezolvarea conflictului, tensiunea şi disocierea vor persista, organismul elaborând soluţii inadecvate, care nu vor face tensiunea să scadă. Toate acestea vor duce la accentuarea disociaţiei, conflictul nefiind rezolvat. El persistă şi va determina transformarea stării de normalitate în stare de boală.

Un rol deosebit în psihanaliză este reprezentat prin relaţia trup-suflet sau psihosomatică, întrucât sunt foarte multe situaţii clinice în care patologia psihică se asociază cu patologia somatică sau una se exprimă din punct de vedere simptomatologic prin cealaltă. Aceasta aduce în discuţie existenţa unor mecanisme patogenetice care se întâlnesc sau sunt chiar comune atât sferei somaticului, cât şi sferei psihicului *în geneza tulburărilor clinice*.

În psihanaliză, tulburările clinice sunt cuprinse în patru mari categorii, şi anume: psihonevrozele, nevrozele, perversiunile, conduitele criminale.

Psihonevrozele

Pentru psihanaliză, tulburările psihice, în general, sunt cuprinse în grupa denumită a *psihonevrozelor*. Din punct de vedere clinic, psihonevrozele au două tipuri de manifestări simptomatice, şi anume:

a) *Simptome negative*, constând din punct de vedere clinic în următoarele: insomnii, incapacitatea de a se concentra pe plan intelectual, inhibiţie sexuală (impotenţa la bărbaţi şi frigiditatea la femei).
b) *Simptome pozitive*, constând din punct de vedere clinic în următoarele: emoţii penibile, anxietate, culpabilitate, depresie, idei obsesive, compulsiuni.

În ceea ce priveşte clasificarea psihonevrozelor, se constată o schimbare a concepţiilor în decursul timpului, aşa cum rezultă din tabelul de mai jos, în raport cu evoluţia teoriei clinico-psihiatrice, reflectată în psihanaliză:

<table>
<tr><td rowspan="2">1915</td><td rowspan="2">Nevroze actuale</td><td colspan="3">Psihonevroze</td></tr>
<tr><td colspan="2">de transfer</td><td>narcisice</td></tr>
<tr><td>1924</td><td>Nevroze actuale</td><td>Nevroze</td><td>Nevroze narcisice</td><td>Psihoze</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Clasificarea actuală</td><td rowspan="2">Afecţiuni psihosomatice</td><td rowspan="2">Nevroze</td><td colspan="2">Psihoze</td></tr>
<tr><td>PMD</td><td>Paranoia
Schizofrenie</td></tr>
</table>

Descrierea psihonevrozelor

În cadrul *psihonevrozelor*, psihanaliza include *nevrozele* şi *psihozele*, ambele considerate ca fiind *boli psihice*.

Nevrozele sunt afecţiuni psihogene în care simptomele sunt expresia simbolică a unui conflict psihic, având rădăcinile în istoria infantilă a persoanei şi realizând compromisuri între dorinţă şi apărare. Există mai multe tipuri de nevroze recunoscute şi descrise de psihanaliză. Le vom analiza în continuare.

Nevroza actuală îşi are originea în prezentul, şi nu în trecutul persoanei (în copilărie), ea fiind rezultatul absenţei sau al inadecvării satisfacţiei sexuale.

Nevroza de abandon are un tablou clinic în care predomină angoasa de abandon şi nevoia de siguranţă a bolnavului.

Nevroza de angoasă este o formă de nevroză actuală, caracterizată prin acumularea unei excitaţii sexuale care se transformă direct în simptom. Din punct de vedere clinic, predomină angoasa (aşteptarea anxioasă cronică, accesele de angoasă sau echivalenţele somatice ale angoasei).

Nevroza de caracter este tipul de nevroză în care conflictul defensiv nu se traduce prin formarea de simptome izolate, ci prin trăsături de caracter, tipuri de comportament sau printr-o organizare patologică a întregii personalităţi.

Nevroza de destin este o formă de existenţă caracterizată prin revenirea periodică a unor înlănţuiri identice de evenimente, de obicei nefericite, care dau impresia că persoana este supusă unor fatalităţi externe, deşi cauza trebuie căutată în inconştient şi în compulsiunea la repetiţie.

Nevroza de eşec desemnează structura psihică a unei întregi game de subiecţi care par responsabili de propria lor nenorocire, mergând până la cei care nu pot suporta eşecul.

Nevroza de transfer se caracterizează prin faptul că libidoul este totdeauna deplasat asupra obiectelor reale sau imaginare, în loc să fie îndreptat asupra Eului.

Nevroza familială apare într-o familie când nevrozele individuale se condiţionează reciproc, punând în evidenţă influenţa patogenă a acestora asupra copiilor fie prin prezenţa lor, fie prin structura familiei şi a modelului cuplului parental.

Nevroza fobică se caracterizează prin manifestări de tip fobic, anxios sau isteric.

Nevroza mixtă se manifestă cu o simptomatologie clinică amestecată, în care se observă coexistenţa unor simptome cu etiologii diferite.

Nevroza narcisică desemnează o boală mintală caracterizată prin retragerea libidoului la nivelul Eului, opunându-se, în felul acesta, nevrozelor de transfer.

Nevroza obsesională este situaţia clinică în care conflictul psihic se exprimă prin simptome compulsive, manifestându-se prin următoarele tulburări clinice: idei obsedante; compulsiune la comiterea unor acte indezirabile; lupta împotriva acestor gânduri şi tendinţe; ritualuri de exorcizare; un mod de gândire definit prin ruminaţie mintală, îndoială şi scrupule, ducând la inhibiţii ale gândirii şi ale acţiunii.

Nevroza traumatică este un tip de nevroză consecutivă unui eşec emoţional, legat de o situaţie în care subiectul şi-a simţit viaţa ameninţată. Ea se manifestă printr-o criză anxioasă paroxistică cu agitaţie, stupoare sau confuzie mintală. Traumatismul poate pune în evidenţă o structură nevrotică preexistentă.

Cauzele psihonevrozelor sunt multiple. O psihonevroză este produsul interacţiunii dintre personalitate şi anturaj. În acest joc, rolul personalităţii este capital, iar condiţiile care se cer a fi întrunite sunt: existenţa unei predispoziţii nevrotice; o nevroză infantilă; existenţa unui complex Oedip nelichidat.

În toate situaţiile, anturajul are rolul de factor precipitant.

Din cele de mai sus se poate remarca faptul că în psihanaliză nevrozele îşi păstrează, în linii mari, aspectele şi semnificaţia pe care o au şi în psihiatria clinică.

Dacă nevrozele sunt acceptate drept entitate nosologică, atât în psihanaliză, cât şi în sfera psihiatriei clinice, trebuie subliniat faptul că există însă şi deosebiri între modul de a interpreta şi mai ales de a trata nevrozele.

După cum rezultă din clasificarea şi descrierea de mai sus a nevrozelor în psihanaliză, acestea se leagă în primul rând de situaţii conflictuale. Conflictul este însă considerat în mod diferit ca efect patogenic în raport cu sfera psihiatriei, care-l pune la baza „reacţiei" ca factor patoplastic al nevrozei. În psihanaliză, conflictul are semnificaţia unui eşec, iar F. Alexander afirmă că „nevroza rezultă din eşecul Eului de a coordona în mod armonios nevoile şi condiţiile exterioare". Acest punct de vedere schimbă atât modalitatea de a considera nevrozele din punct de vedere clinic, cât şi atitudinea terapeutică faţă de ele.

Se admite, în această situaţie, faptul că nevrozele sunt în mod obligatoriu legate de un conflict, iar în mecanismele lor de „dezvoltare clinică" distingem o succesiune de momente ale acţiunii conflictului. Astfel, F. Alexander ne oferă schema următoare:

a) acţiunea *factorilor declanşatori*, reprezentanţi prin situaţia prezentă pe care bolnavul nu o poate rezolva;
b) *eşecul rezolvării problemelor prezente* va duce la tentative nereuşite de adaptare, de durată variabilă pentru bolnav;
c) instalarea fenomenului de *regresiune*, care constă în substituirea fantasmelor sau a comportamentelor de regresiune la eforturile de adaptare la situaţia reală sau de satisfacere a nevoilor individuale;
d) *reactivarea conflictului iniţial prin regresiune* sau o revenire la formele de adaptare vechi, anterioare;
e) instituirea unor *măsuri de autopuniţie*, care caută să rezolve conflictele nevrotice prin asociere, exprimând prin simptome forme de satisfacţii substitutive şi de autopuniţie;
f) *apariţia unui conflict secundar cu sărăcirea Eului*, prin crearea unui cerc vicios care diminuează capacitatea bolnavului de a se adapta la realitate. Se produce o regresiune mai importantă, care este un conflict secundar, absorbind o mai mare cantitate de energie psihică a individului.

Aspectele menţionate subliniază încă o dată caracterul diferit al modului de a înţelege nevrozele în psihanaliză, dar şi terenul de pregătire al instituirii unor forme adecvate de psihoterapie cu rezultate pozitive.

Psihozele

În psihanaliză, psihozele sunt forme majore de dezordine ale conduitei individului, manifestate prin următoarele tulburări clinice: alterări ale percepţiei realităţii; alterări ale controlului de sine; schimbarea atitudinii faţă de realitate; ruperea contactului vital cu realitatea; dificultăţi de comunicare mergând până la lipsa acesteia.

În plus, spre deosebire de nevroze, psihozele se mai caracterizează prin următoarele aspecte specifice: fixaţia şi regresiunea sunt mult mai profunde; frustrarea şi traumatismele sunt mai severe în raport cu posibilităţile de toleranţă ale Eului; Eul se deturnează de la realitate către Sine; interesele afective se întorc asupra propriei sale persoane.

Aspectele de mai sus, exceptând unele adaosuri privind Eul, nu constituie o deosebire esenţială între punctele de vedere psihopatologice ale psihanalizei şi ale psihiatriei clinice.

Perversiunile

În sfera psihanalizei se consideră că perversiunile sunt de două categorii, şi anume:

a) Dezordini ale comportamentului sexual, caracterizate prin anomalii ale obiectului sau ale scopului sexual.
b) Habitudini irezistibile, de tipul toxicomaniilor.

Perversul este socotit a fi o persoană care, după o frustrare, a regresat la un tip de comportament sexual infantil. Astfel, perversiunea ne apare ca o formă particulară de organizare a apărării Eului împotriva regresiunii.

Din aceste motive, în sens psihanalitic se consideră că nevroza este negativul perversiunii.

Conduitele criminale

Psihanaliza a adus importante contribuţii şi în ceea ce priveşte explicarea crimelor şi a personalităţii criminalilor. Se consideră că la baza comportamentelor şi a actelor criminale se află complexe şi refulări latente ale individului care, în mod brusc, în situaţii neaşteptate, pot irupe în exterior, manifestându-se sub forma unei reacţii conflictuale de tip criminal. Acest potenţial criminogen latent, refulat a fost denumit de A. Hesnard „precriminalitate".

Din punct de vedere clinic, în această categorie pot fi întâlniţi indivizi nevrotici, psihopaţi, toxicomani, alcoolici etc. Orice criminal este în primul rând un „dezechilibrat social", o persoană care nu se poate adapta la formele şi normele vieţii sociale, la viaţa de grup, familială sau socială, întrucât tendinţele sale instinctuale sunt incomplet maturizate şi nesocializate.

Din perspectivă psihanalitică, se admite existenţa unei imaturităţi afective a acestor indivizi (D. Lagache). În aceste situaţii, criminalul se comportă nu ca atunci când s-ar confrunta cu o altă forţă decât a sa, ci sfidând pur şi simplu normele sociale şi morale, pe care nu le poate înţelege şi nici accepta. Forţele sale de cenzură sunt extrem de slabe sau lipsesc complet, din cauza unei lipse de maturizare/formare a *Supra-Eului moral sau a unei formări defectuoase a acestuia. Acest gest nu este* niciodată urmat de remuşcări morale, de mustrări de conştiinţă.

Tulburările somatice în psihanaliză

C.G. Jung afirmă că „funcţionări defectuoase ale sufletului pot duce la importante *tulburări ale corpului, după cum, în mod reciproc, o afecţiune fizică poate antrena* o suferinţă a sufletului". Pentru C.G. Jung, „corpul şi sufletul nu sunt principii distincte, ci ele constituie mai curând o singură şi aceeaşi viaţă". Din acest motiv, rareori se întâmplă ca o boală fizică să nu aibă o complicaţie morală, precum şi, în mod invers, o suferinţă fizică să nu fie determinată de cauze psihice.

Rezultă din cele de mai sus că psihanaliza recunoaşte existenţa unei strânse legături între sfera somatică şi sfera vieţii psihice, admiţând în felul acesta existenţa *unei patologii comune.*

În multe situaţii s-a observat că tulburările psihice se pot prezenta, din punct de vedere clinic, sub forma unor manifestări cu simptomatologie somatică. Iniţial, psihanaliza le-a etichetat drept forme de „conversiune somatică" ale unor tulburări psihice primare. Astăzi, manifestările somatice ale bolilor psihice privesc marea grupă a *bolilor psihosomatice.*

Medicina psihosomatică este definită ca „acea parte a medicinei care are ca obiect atât mecanismele emoţionale, cât şi mecanismele fiziologice implicate în procesele morbide, punând accentul pe influenţa acestor doi factori asupra individului considerat ca un tot" (Osler).

Din acest punct de vedere, psihanaliza apare ca o dialectică particulară între „biologism" şi „culturalism" sau între „maturaţie" şi „învăţare". În această privinţă, *trebuie făcută diferenţa între următoarele:*

- *organismul*, care se constituie în raport cu situaţia;
- *personalitatea*, care se constituie în raport cu trupul.

De aici vor rezulta şi două tipuri particulare de mecanisme, şi anume:

- *mecanismele interoafective*, de natură pur fiziologică;
- *mecanismele exteroafective* sau conduitele.

Încă de la primele studii ale isteriei ale lui J. Breuer şi S. Freud, s-a observat existenţa unui raport semnificativ între simptomele somatice de natură isterică şi evenimentele refulate ale vieţii psihice. Plecând de aici, G. Groddeck a dezvoltat teoria expresiei simbolice a pulsiunilor libidoului.

K. Abraham pune tulburările gastrointestinale în relaţie cu inhibiţiile, refulările şi frustrările fazelor orale şi anale ale dezvoltării libidoului. După acest autor, pulsiunile orale şi anale ale libidoului se manifestă în mod simbolic prin tulburări somatice de tipul ulcerului gastric şi duodenal, constipaţie, diaree etc.

C.A. Fox constată existenţa unui strâns raport între tulburările gastrointestinale şi dezvoltarea emoţională din prima copilărie, aşa cum este ea prezentată în cursul fazelor orală, anală, uretro-falică şi genitală.

Toate aceste studii referitoare la *raportul psihosomatic* în patologie au pus în evidenţă existenţa a două grupuri de tulburări net distincte : *conversiunea isterică* şi *nevrozele vegetative.*

1. *Conversiunea isterică*

În psihanaliză, conceptul de *conversiune* are sensul unei simbolizări a impulsiunilor inconştiente ale libidoului.

S. Freud descrie, în 1894, un grup de simptome fizice pe care le denumeşte *nevroză de angoasă*, diferenţiindu-le în felul acesta de *psihonevroze*, care se datorează unui proces de conversiune. Simptome somatice precum : ameţeli, greţuri, palpitaţii, transpiraţii, diaree, tulburări vaso-motorii sunt considerate ca reprezentând *echivalenţe ale angoasei.*

F. Alexander face o distincţie netă între simptomele de conversiune isterică şi fenomenele nevrotice vegetative. Pentru el, *conversiunea isterică* este o reacţie psihogenă provocată de o stare de tensiune emoţională cronică nerezolvată. În această situaţie, simptomul isteric apare ca o tentativă de rezolvare a unei tensiuni emoţionale într-o manieră simbolică. Spre deosebire însă de conversiunea isterică, *nevroza vegetativă* reprezintă o disfuncţie psihogenă a unui organ vegetativ care scapă controlului sistemului nervos central, neavând în acest caz o semnificaţie psihologică. Simptomul vegetativ nu este expresia simbolică a emoţiei, ci acompaniamentul fiziologic al acesteia. Este vorba de o tulburare neuro-vegetativă cu elementele emoţionale însoţitoare. De aici, F. Alexander trage concluzia că fenomenele de conversiune isterică sunt susceptibile de o interpretare psihanalitică, pe când nevrozele vegetative nu.

O. Fenichel face o distincţie între fenomenele de conversiune şi tulburările neuro-vegetative, pe care le consideră tulburări organo-nevrotice sau psihosomatice.

E. Glover face precizarea că trebuie deosebite tulburările psihonevrotice de cele psihosomatice. În cazul psihonevrozelor, procesul de formare a simptomelor se desfăşoară după o schemă psihică stereotipă, motiv pentru care aceste tulburări au un conţinut şi un sens psihologic. Tulburările psihosomatice sunt rezultatul unor conflicte.

1. Macalpine insistă asupra diferenţei dintre simptomele psihosomatice şi cele isterice, în special în ceea ce priveşte relaţia lor cu simbolizarea. *Pentru el, simptomul* isteric este expresia simbolică a unui conflict sau a unei idei, pe când simptomul *psihosomatic nu este decât o emoţie rudimentară deghizată şi parţial exprimată, care* se manifestă corporal fără ca semnificaţia sa să devină conştientă.

Conversiunea isterică constă în transformarea unui conflict psihic în simptome somatice, motorii sau senzitive. În acest caz, libidoul detaşat de reprezentarea refulată este transformat în energie de inervaţie, reprezentată clinic prin: paralizii, anestezii, cecitate, contracturi, vomismente.

Toate aceste aspecte clinice, cunoscute deja, reprezintă un polimorfism descris de numeroşi autori: *compleanţa psihosomatică* a lui Schnyder, *mito-plasticitatea* lui Dupré şi Logre, *atitudinea expresionistă* a lui Porot şi Hesnard.

Un fapt general admis este acela că în isterie simptomele sunt manifestări funcţionale, lipsite de o bază organică reală. Isteria de conversie se prezintă ca un compromis *între tendinţele sexuale agresive şi mecanismele de apărare ale Eului, conflictul* găsindu-şi o rezolvare sublimată în fantasmele inconştientului.

2. *Nevrozele vegetative*

Arătam mai sus că majoritatea autorilor stabilesc diferenţa între nevrozele vegetative şi conversiunea isterică (F. Alexander). Nevrozele vegetative sunt „nevroze de organ" şi ele constituie unul dintre aspectele importante ale medicinei psihosomatice.

Studiind nevrozele vegetative, O. Fenichel distinge în cadrul acestora patru mari grupe principale:

a) Echivalenţele afective emoţionale, în care sunt incluse echivalenţele corporale ale anxietăţii reprezentate prin nevrozele cardiace.
b) Perturbările clinico-fiziologice de tipul „nevrozelor actuale", în care intră sentimentele penibile de tensiune, descărcări afective neadecvate (anxietate, crize de mânie etc.).
c) Rezultatele fizice ale atitudinilor afective inconştiente, în care este inclus ulcerul gastric.
d) *Diferitele mecanisme combinate între ele, aşa cum apar în cazul „nevrozei de* organ".

Problemele analizate mai sus pun în evidenţă un aspect deosebit de important atât din punct de vedere teoretic, cât şi din punct de vedere practic, referitor la relaţia care există în starea de sănătate, ca şi în cea de boală între componenţa somatică şi aparatul psihic al individului.

Medicina psihosomatică s-a născut ca un domeniu de aplicare practică în medicină a datelor din psihanaliză, doctrină care a contribuit deosebit de mult la explicarea acestui sector al patologiei medicale. În plus, tot psihanaliza este cea care aduce importante contribuţii practice prin aplicarea metodelor de psihoterapie cu deosebit succes în sfera patologiei psihosomatice.

Interpretarea psihanalitică a mecanismelor patogenetice

Psihanaliza explică tulburările psihice ca fiind efectul acţiunii asupra persoanei umane a unor factori morbigenetici cu un caracter particular care dezorganizează viaţa emoţional-afectivă a individului, producând stări de dezechilibru psihic dintre cele mai variate. Aceşti factori etiologici sunt cuprinşi sub termenul general de *psihotraumatisme*.

Psihotraumatismele sunt prin natura lor factori cu efect emoţional-afectiv negativ: frustrări, conflicte, carenţe afective etc. Acţiunea lor asupra individului, care-i *interiorizează*, va duce la o stare de „încărcare tensională" a acestuia. Această *tensiune emoţională negativă*, consecutivă „încărcării psihotraumatizante" a persoanei, va declanşa din partea acesteia o largă paletă de „reacţii" cu un caracter variat: de *apărare*, de *atac/descărcare*, *simptome nevrotice* sau *psihosomatice* etc. Răspunsurile „reactive" ale individului la acţiunea factorilor psihotraumatizanţi trebuie înţelese, din punct de vedere psihanalitic, *ca mecanisme de apărare ale Eului*, pe de o parte, precum şi ca *manifestări de descărcare* a tensiunilor emoţional-afective, pe de altă parte.

Acţiunea psihotraumatizantă a acestor factori etiologici nocivi va declanşa o serie de „efecte" succesive, care, în ordinea desfăşurării lor, sunt următoarele:

a) Interiorizarea psihotraumatismului (conflicte, frustrări etc.) de către individul respectiv.
b) Transformarea psihotraumatismului interiorizat în frustrări, situaţii complexuale, simptome nevrotice etc.
c) Transformarea emoţional-afectivă a persoanei psihotraumatizate prin „încărcare tensională" va duce la apariţia unor forme de manifestare anormală de tipul: izolare, depresie, nevroze, conduite regresive, histrionism, conduite delictual-antisociale etc.
d) Descărcarea tensiunii intrapsihice ca formă de lichidare a situaţiilor psihotraumatizante interiorizate.

Psihanaliza ne oferă o interpretare interesantă şi originală a manifestărilor psihocomportamentale de tip reactiv ale persoanei la acţiunea factorilor psihotraumatizanţi.

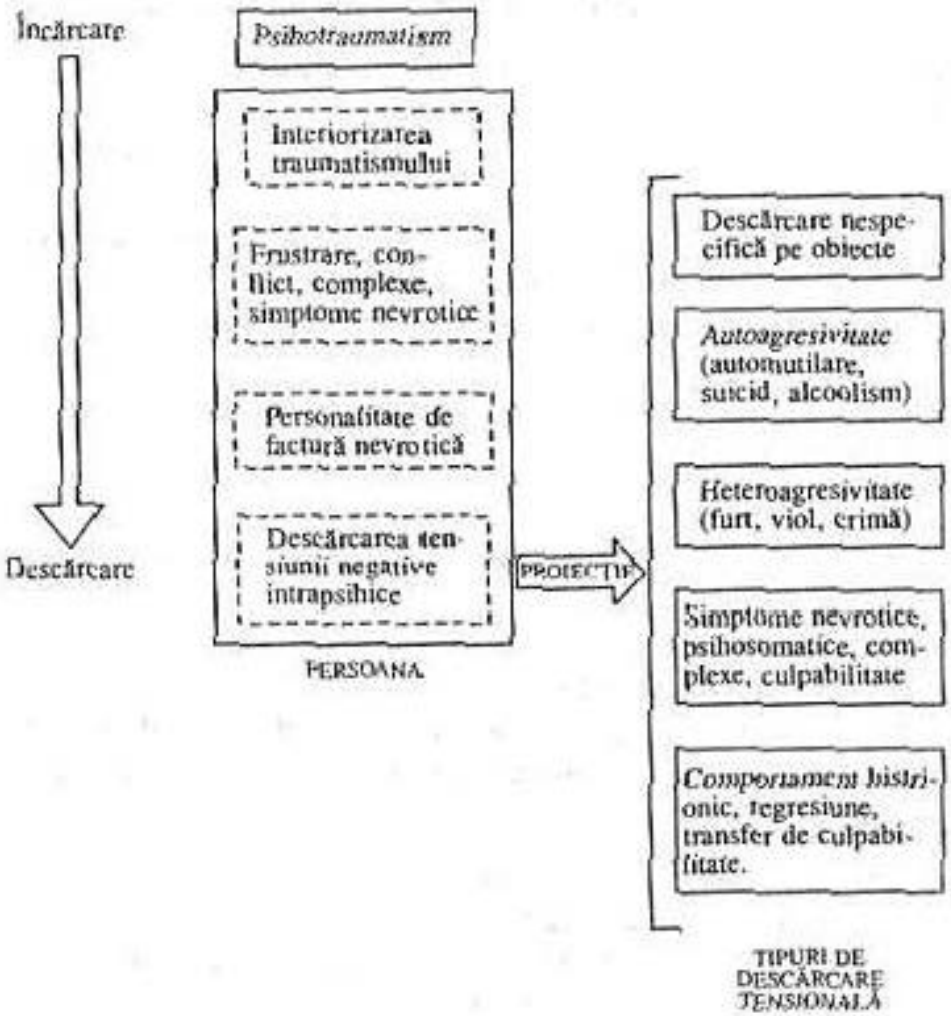
Procesul de *descărcare* a tensiunilor intrapsihice negative trebuie înţeles ca un *mecanism de protecţie*. Acesta reprezintă o formă particulară de *transfer* printr-o *descărcare sublimat-simbolică* a conţinutului intrapsihic al individului asupra unui obiect, persoane etc. Formele de *descărcare* pot lua aspecte diferite, pe care le-am grupat în următoarele categorii:

a) *Descărcarea pe obiect*, ca formă simbolică de transfer al tensiunii intrapsihice orientată asupra unui obiect oarecare.
b) *Autoagresivitatea*, ca formă de descărcare a tensiunii intrapsihice orientată asupra propriei persoane (automutilare, suicid, alcoolism, toxicomanie etc.).

c) *Heteroagresivitatea*, ca formă de descărcare a tensiunii intrapsihice asupra altor persoane (furt, viol, crimă etc.).
d) *Simptome nevrotice* sau *psihosomatice*, ca modalitate de „trăire" a conflictelor interpersonale, de regulă frustrări sau complexe ideoafective care culpabilizează *individul*.
e) *Comportament histrionic*, de tip regresiv, caracterizat prin transferul culpabilităţii asupra unor obiecte sau asupra altor persoane.

În cele mai sus discutate, încărcarea tensională trebuie înţeleasă ca reprezentând un fenomen psihopatogenic care transformă individul într-o *personalitate nevrotică*. Procesul invers, de *descărcare tensională*, reprezintă, aşa cum spuneam, un complex şi nuanţat *mecanism de apărare* a Eului individual de acţiunea factorilor psihotraumatizanţi interiorizaţi de acesta. Toate „simptomele clinice", atitudinile, conduitele anormale de factură antisocială, stările de regresiune, conversiunea psihosomatică a simptomelor histero-nevrotice, reprezintă forme de manifestare nevrotică a acestor „mecanisme de apărare/desprindere" a *individului* de *factorii psihotraumatizanţi şi*, în final, restabilirea stării de echilibru psihoemoţional.

Procesul de încărcare, ca şi cel de descărcare tensională de factură emoţional-afectivă sunt reproduse în schema de mai jos.



Capitolul 10

Tipurile psihologice

Indivizii se diferenţiază unii de alţii prin trăsături şi caracteristici proprii. *Caracterele* umane diferă între ele. În sensul acesta, se pot distinge *tipuri* care sunt grupate în raport cu *trăsăturile* lor caracteristice. S-a stabilit deja existenţa unor corelaţii între „tipurile fizice" (biotipul) şi „tipurile psihologice" (psihotipurile).

Pentru majoritatea autorilor, tipurile se prezintă sub trei aspecte diferite:

1. *Tipurile fizice*, determinate după aspectul somato-morfologic exterior.
2. *Tipurile psihologice*, definite după trăsăturile caracteriale, aptitudini, personalitate.
3. *Tipurile caracterologice*, diferenţiate între ele după modul de reacţie obişnuită a acestora la circumstanţele vieţii trăite de individ.

În afara acestor *tipuri psiho-biologice*, mai există o categorie de *tipuri culturale*, reprezentate prin „sistemul de valori" pe care le exprimă.

În cadrul psihanalizei, tipologia este rezultatul unei combinaţii între tipurile psiho-biologice şi cele culturale.

Tipurile culturale

Psihanaliza a fost puternic influenţată de tipologiile culturale, fapt care ne obligă să insistăm asupra acestora înainte de a trece la prezentarea tipurilor propriu-zise ale domeniului.

Fr. Nietzsche, referindu-se la tipologiile culturale, pleacă de la analiza spiritului etico-estetic al vechilor greci, făcând o analiză comparată între *raţiune* şi *extaz*. După părerea lui Fr. Nietzsche, evoluţia esteticii şi a moralei este legat de dualismul dintre „apolinic" şi „dionisiac", având ca modele cele două divinităţi greceşti: Apollon şi Dionysos.

După Fr. Nietzsche, ele reprezintă „cele două instincte pe care trebuie să ni le imaginăm la început ca pe două regiuni estetice separate ale *visului* şi ale *beţiei*, ale căror manifestări fiziologice oferă acelaşi contrast ca *apolinicul* şi *dionisiacul*".

Se desprind astfel de aici două mari *tipuri culturale*:

1. *Apolinicul*, reprezentând spiritul raţional, clar, luminos, al adevărului suprem şi al perfecţiunii, spiritul ordinii, frumuseţii şi înţelepciunii.
2. *Dionisiacul*, reprezentând pasiunile iraţionale, tenebroase, ale beţiei orgiastice, dezlănţuirea instinctelor, dansul.

Apollon este simbolul individualităţii, al „unităţii", al echilibrului şi al măsurii etice, conform principiilor delfice *„Meden agan"* şi *„Metriotes kai symetria"*.

Dionysos este simbolul principiului titanismului şi al forţelor iraţionale, telurice, dezlănţuite, al extazului orgisiac, care dizolvă unitatea fiinţei, mergând până la beţie şi demenţă.

Lui Apollon muzele îi inspiră creaţia, pe când lui Dionysos bacantele îi dezlănţuie instinctele. În felul acesta, Apollon şi Dionysos apar ca exprimând antiteza dintre *ordinea spiritului clar* şi *titanismul tenebros al barbariei*.

Un moment crucial în evoluţia spiritului este reprezentat de Socrate. Citându-l pe Euripide, Fr. Nietzsche spune că cele două tipuri culturale de mai sus au fost înlocuite de Socrate. Referitor la acest aspect, el scrie următoarele: „Cheia sufletului lui Socrate ne este oferită de acel fenomen straniu pe care el îl numeşte «*daimonion*». În unele circumstanţe, când raţiunea sa prodigioasă ezită, el îşi regăseşte siguranţa graţie acelei voci divine care îi vorbeşte. Această voce, când se face auzită, îl avertizează întotdeauna să se abţină de la anumite acte". Se poate spune, în acest caz, că „apolinicul" Socrate a interiorizat principiul „dionisiac".

M. de Unamuno reia tema lui Fr. Nietzsche, vorbind despre două dimensiuni ale umanului: *raţionalul* şi *vitalul*, în care vedem reflectate *apolinicul* şi *dionisiacul*. După acest gânditor, „vitalul este iraţional, pe când raţionalul este antivital". Sunt două situaţii antitetice, dar care definesc nu două tipologii, ci două antinomii ale tipului uman. În fond, este vorba despre dihotomiile spirit-materie sau nominalism-realism, pe care le va sesiza C.G. Jung.

Un alt exemplu de tipologii culturale ne este oferit de literatura modelelor mitologice. *Astfel, C.G. Jung se referă la cuplul Prometeu-Epimeteu.*

Prometeu este tipul introvertit, cel care gândeşte anticipativ. Este un introvertit *fidel sufletului şi lumii sale interioare. Epimeteu este tipul extravertit, cel care* acţionează şi gândeşte succesiv. El este deschis către lumea exterioară, căutând să-şi *împlinească propriul său destin.*

W. Wörringer, pornind de la analiza atitudinilor tipice în estetică, distinge două forme fundamentale opuse: *empatia* (*Einfühlung*) şi *abstracţia* (*Abstraktion*). Empatia corespunde spiritului extravert, pe când abstracţia corespunde spiritului introvert. Acţiunea empatică este deschisă, centrifugă, pe când abstracţia este închisă, circumscrisă în sine, centripetă.

C.G. Jung spune că, prin empatie, individul se savurează pe sine ca obiect, după cum, în cazul abstracţiei, individul ce reflectează la impresia pe care i-o produce obiectul se contemplă pe sine însuşi.

Plecând de la tezele lui W. Wörringer, C.G. Jung afirmă că empatia şi abstracţia, considerate în sensul de extraversie şi introversie, sunt mecanisme de adaptare şi protecţie.

În filosofie, W. James distinge tot două „tipuri", pe care le denumeşte „dispoziţii". *După autorul menţionat, avem de-a face cu două tipuri complementare, în care* recunoaştem extravertitul şi introvertitul, aşa cum se poate vedea în tabelul următor:

Tipul realist Dispoziţie sensibilă	Tipul nominalist Dispoziţie tare
Raţional (se conduce după principii)	Empiric (se conduce după fapte)
Idealist	Materialist
Optimist	Pesimist
Religios	Nereligios
Nedeterminat	Determinat/fatalist
Monist	Pluralist
Dogmatic	Sceptic

Pentru W. James, istoria filosofiei este expresia unor temperamente umane. Orice filosof gândeşte realitatea temperamentului său. Tipul cu „dispoziţie sensibilă" este realist şi corespunde introversiei, pe când tipul cu „dispoziţie tare" este nominalist şi corespunde extraversiei.

Studiile psihobiografice au pus şi ele în evidenţă existenţa unor tipuri psihologice specifice: *tipul clasic* şi *tipul romantic*.

W. Ostwald identifică tipul clasic cu introvertul, pe când tipul romantic cu extravertul. Acest autor compară tipurile clasic şi romantic cu temperamentele hipocratice, determinate în raport cu tipul lor de reacţie. Reacţia lentă, specifică temperamentului flegmatic şi melancolic, este regăsită la tipul clasic. Reacţia rapidă, specifică temperamentului coleric şi sangvinic, este întâlnită la tipul romantic.

Aceste aspecte pot fi puse în evidenţă în cazul analizei psihobiografiilor celor două tipuri menţionate de W. Ostwald. Tipul romantic, extravertit se exteriorizează uşor, îşi valorifică prezenţa, relaţia sa cu lumea este comprehensibilă, el transferându-şi asupra obiectelor externe propriile sale tendinţe. Tipul clasic, introvertit reacţionează numai în interiorul său, nu se exteriorizează, dând impresia de lentoare. Prin aceasta, tipul clasic îşi ascunde personalitatea. El nu-şi proiectează conţinutul intrapsihic asupra obiectelor externe, fiind înclinat să prelucreze ideile în interiorul său un timp îndelungat.

Din considerentele de mai sus, romanticul extravertit se afirmă prin „precocitate spirituală", pe când clasicul introvertit este calificat drept „întârziat" prin dificultatea sa de a realiza contacte cu lumea externă. Relaţia cu lumea externă a romanticului este de tip empatic, pe când clasicul se concentrează asupra abstractizării interioare.

Un alt domeniu care a oferit posibilitatea izolării unor tipuri este reprezentat de psihopatologie. În sensul acesta, sunt cunoscute lucrările lui Fr. Minkowska; el izolează două tipuri: *tipul schizoid* şi *tipul epileptoid*, pornind de la observaţiile clinice şi rezultatele obţinute prin aplicarea testului lui Rorschach.

Schizoidul corespunde tipului introvertit, rece din punct de vedere afectiv, rigid, schematic-formal, cu tendinţă spre abstractizare, reprezentări formale cu aspect geometrizat, sistemul proporţiilor foarte dezvoltat, ordine şi simetrie. În planul expresiei plastice, este dată ca exemplu pictura lui Seurat.

Epileptoidul cuprinde tipul extravertit. El este exploziv, cald, tumultuos, deschis, *cu reacţii rapide, adesea explozive şi necontrolate. Reprezentările formale au un* caracter obiectual, concret determinat, dar sunt la fel de explozive ca şi reacţiile acestor subiecţi. Compoziţia plastică este încărcată, lipsită de proporţii, de perspectivă, cu o cromatică caldă, tonuri calde şi adesea contrastante.

La aceste două tipuri se poate adăuga un al treilea, având caracter intermediar, *tipul cicloid (C. Enăchescu). Cicloidul corespunde subiecţilor cu variaţii periodice* de dispoziţie temperamental-afectivă, oscilând între depresie şi euforie. Faza depresivă are o tentă introvertită, de închidere în sine, idei sumbre, dispoziţie emoţional-afectivă tristă, reacţii lente. Faza euforică are o tentă extravertită, de deschidere către lume, idei bogate, numeroase, de o mare mobilitate, planuri şi proiecte extravagante, dispoziţie veselă, reacţii rapide.

Tipurile în psihanaliză

În psihanaliză, C.G. Jung distinge două tipuri fundamentale: *tipul introvert* şi *tipul extravert*. Ele sunt tipuri atitudinale, care se disting prin direcţia interesului lor sau *prin mişcarea lor libidinală.*

Pentru C.G. Jung, tipurile atitudinale generale se deosebesc prin atitudinea lor particulară faţă de obiect. Introvertitul se comportă abstractiv faţă de obiect, fiind tot timpul preocupat să abstragă libidoul din el, ca şi cum ar avea de învins o forţă enormă, intrinsecă obiectului. Extravertitul se comportă pozitiv faţă de obiect, afirmând importanţa acestuia în asemenea măsură încât îşi raportează în mod constant atitudinea subiectivă la obiect, orientând-o în funcţie de acesta.

După C.G. Jung, psihanaliza pleacă de la stabilirea tipologiei umane, de la raporturile individului cu „subiectul" sau cu „obiectul". Astfel, A. Adler pune accentul pe subiect, pe când S. Freud pune accentul pe obiect.

C.G. Jung vorbeşte despre „dispoziţia introvertită" şi despre „dispoziţia extravertită", desprinzând din aceasta două dispoziţii tipologice:

a) *Introversia*: caracter ezitant, meditativ, rezervat, detaşat de obiecte şi înclinat către subiectivitate şi autoanaliză.
b) *Extraversia*: caracter deschis, uşor adaptabil la situaţii şi circumstanţe noi, lipsit de grijă şi axat pe obiecte.

Motivaţia tipologică diferă în psihanaliză. Teoria sexuală a lui S. Freud se bazează pe un punct de vedere al *obiectului*, pe când teoria puterii a lui A. Adler se bazează pe un punct de vedere *subiectiv. Extravertul* pune întotdeauna accentul pe *obiect*, pe când introvertul pe *subiect*.

În sensul tipologiei culturale, introvertitul adlerian, subliniind „voinţa de putere a subiectului", *corespunde apolinicului, pe când extravertitul freudian, subliniind* „plăcerea obiectuală", corespunde dionisiacului.

După C.G. Jung, acestea sunt *tipuri complementare*, „corespunzând la două tipologii psihologice opuse, desemnate de tipul introvertit şi tipul extravertit". În felul acesta, C.G. Jung afirmă că „problema tipurilor ne conduce la problema contrastelor".

Deşi admite existenţa tipurilor psihologice, C.G. Jung pune problema omului în centrul psihanalizei. După el, „se consideră ca normal orice om ce se poate acomoda în toate circumstanţele vieţii care-i acordă minimul necesar subzistenţei sale". Şi, în continuare, adaugă: „Ceea ce înţelegem în mod obişnuit prin *omul normal* este *omul ideal* în sens adevărat, al cărui caracter fericit amalgamat se poate reprezenta prin calităţile cele mai rare" (C.G. Jung).

De aici, C.G. Jung ajunge la concluzia că nimeni nu poate fi considerat o persoană exclusiv introvertită sau exclusiv extravertită, ci, dimpotrivă, ca posedând cele două posibilităţi, dar în proporţie diferită.

Clasificările tipologice în psihanaliză

Am prezentat mai sus aspectele implicate de teoria tipurilor în psihanaliză. Vom face în continuare o prezentare a diferitelor tipologii existente în sfera psihanalizei.

1. *Caracterologia lui S. Freud*

Aceasta se bazează pe cunoaşterea aspectelor psihanalitice ale stadiilor dezvoltării personalităţii. În sensul acesta, S. Freud distinge următoarele „tipuri-caractere":

1. *Caracterele pregenitale*, definite prin fixarea importantă a conflictelor preoedipiene, în care intră: a) caracterul oral; b) caracterul anal, sado-masochist; c) caracterul psihopatic.
2. *Caracterele genitale*, definite prin fixări importante legate de conflictele stadiului oedipian, în care sunt incluse: a) caracterul falic-narcisist; b) caracterul uretral; c) caracterul isteric, cu cei doi poli ai săi: polul genital şi polul uretral.

Tipurile psihologice descrise de S. Freud au următoarele caracteristici individuale:

Tipul oral se caracterizează printr-o dependenţă excesivă de ceilalţi pentru a-şi putea menţine respectul de sine. Această atitudine de tip „pasiv-dependent" se însoţeşte cu trăsături cu caracter ambivalent de tipul „a da-a primi" (generozitate-avariţie, verbalitate-tăcere încăpăţânată).

Tipul anal se caracterizează prin parcimonie, iritabilitate, pedanterie sau, altfel spus, economie, încăpăţânare, ordine.

Tipul uretral are ca trăsături ambiţia şi dorinţa de competiţie.

Tipul falic este temerar, reţinut, urmăreşte realizarea dorinţelor, fiind dominat de angoasa de castrare.

Tipul genital este cel care corespunde „normalităţii ideale" a personalităţii.

2. *Caracterologia relaţiilor voluntare*

J. Boutonier face o clasificare tipologică având în vedere forţa sau slăbiciunea Eului, a Supra-Eului sau a Sinelui. Sunt descrise următoarele tipuri:

1. *Tipuri dependente*, cu o dezvoltare abuzivă a Supra-Eului, lipsa de integrare a acestuia împiedicând orice voinţă personală de a se manifesta: a) tipul supus; b) tipul revoltat.
2. *Tipuri inhibate*, caracterizate printr-o supresiune a acţiunii, forma patologică fiind reprezentată prin abulie sau prin lipsa de impuls: *a) tipul idealist; b) tipul* logicist.
3. *Tipuri dereglate*, care dau acţiunii un caracter particular, actele lor sunt rapide, dar integrate, alegerea acţiunii este indecisă: a) tipul pasionat de viaţă; b) tipul himeric.

3. *Tipurile caracterologice ale lui L. Szondi*

L. Szondi propune o tipologie, plecând de la datele furnizate de psihopatologie, în raport cu alegerea profesiunii (operatropism). Astfel, el distinge următoarele tipuri: a) *tipul homosexual*: coafor, dermatolog, ginecolog, croitor; b) *tipul sadic*: argat, chirurg, anatomist, pietrar, cizmar; c) *tipul epileptic*: marinar, pompier, preot, asistent social; d) *tipul isteric*: artist, politician; e) *tipul schizofrenic*: soldat, manechin, profesor, contabil; f) *tipul paranoic*: constructor, arheolog, psihiatru, farmacist, judecător; g) *tipul ciclofrenic*: anticar, pictor, brutar, critic; h) *tipul maniac*: bucătar, interpret de jazz, vânzător, lingvist, stomatolog.

4. *Alte tipuri în psihanaliză*

K. Horney descrie trei tipuri de caractere: binevoitor, agresiv şi detaşat.

E. Fromm, plecând de la interacţiunea cu părinţii, determină tipul de orientare socială. În felul acesta, el distinge cinci categorii de tipuri, şi anume: a) *tipul de orientare receptivă*: individul aşteaptă tot ceea ce doreşte dintr-o sursă exterioară; b) *tipul de orientare exploratoare*: se caracterizează prin faptul că încearcă să ia totul de la alţii prin forţă şi brutalitate; c) *tipul de orientare acumulatoare*: subiectul îşi întemeiază securitatea pe economia şi conservarea a ceea ce posedă; d) *tipul de orientare comercială*: este cel care-şi consideră propria personalitate ca pe o marfă care poate fi cumpărată şi vândută; e) *tipul de orientare productivă*: este cel la care domină facultatea de a-şi realiza în practică propriile sale potenţialităţi.

Tipologia lui H. Rorschach, influenţată de cea a lui C.G. Jung, porneşte de la rezultatele observaţiilor făcute pe baza testului proiectiv al petelor de culoare. Sunt descrise următoarele trei tipuri: a) *tipul extratensiv*, corespondent cu extravertitul; b) *tipul introtensiv*, corespunzător cu introvertitul; c) *tipul coartat* sau „retractat",

căruia îi corespunde o slăbire a energiilor instinctuale, cu o absență a orientării fie către obiecte, fie către viața interioară.

Problema tipurilor psihologice în psihanaliză pune în evidență importanța rolurilor pe care instanțele aparatului psihic le joacă în viața individuală, precum și acțiunea nuanțată a acestora în determinarea sensului personalității individului. Ele au o valoare deosebită în sens practic atât în ceea ce privește cunoașterea persoanei individului, cât și în ceea ce privește instituirea unor forme adecvate de psihoterapie în situații deosebite.

Capitolul 11

Psihanaliza şi ştiinţele umane

Aspecte generale

Singura disciplină medicală care are relaţii directe şi imediate cu ştiinţele umane este *psihanaliza*. Considerată sub acest aspect, ea devine, după expresia lui S. Freud, o „psihanaliză aplicată".

S. Freud, *în lucrarea sa Totem şi tabu, încearcă să explice prin psihanaliză* originile vieţii sociale şi pe cele ale religiei („Moise şi monoteismul" şi „Viitorul unei iluzii"). Viaţa socială începe o dată cu prohibiţia incestului şi cu neutralizarea rivalităţii sexuale dintre fraţi prin anularea tendinţelor fratricide ; în acelaşi timp apar instituţia totemismului şi principiul exogamiei.

În ceea ce priveşte interpretarea fenomenelor religioase, S. Freud insistă asupra rolului „tatălui" ca întemeietor gentilic, asupra imaginii tatălui autoritar-tiranic şi *apoi, ca o consecinţă care decurge de aici, asupra complexului Oedip*.

La baza vieţii de familie stă, după părerea lui S. Freud, complexul Oedip, exprimând rivalitatea „tată-fiu", care are ca urmare detronarea tatălui tiranic de către fiu, prin paricid, dar cu păstrarea principiului totemic. Împotriva acestei teorii a lui S. Freud s-au ridicat numeroase obiecţii şi critici, ea fiind contestată de mulţi specialişti (B. Malinowski, C. Roheim, Cl. Lévi-Strauss etc.).

B. Malinowski vede începutul vieţii sociale ca fiind identic cu începutul culturii. Elementul esenţial al acestui moment de trecere de la „hoarda primitivă" la organizarea „socială" îl reprezintă reprimarea instinctelor. Primele forme de „reprimare" le constituie sistemele de interdicţii prin tabuuri. În sensul acesta, B. Malinowski *afirmă că, de fiecare dată, „cultura începe cu reprimarea instinctelor"*.

Un alt domeniu de aplicare a psihanalizei este cel al moralei. În cursul curei psihanalitice sunt puse în evidenţă problemele morale ale subiectului în raport cu culpabilităţile sale nevrotice. Rezolvarea culpabilităţii este o acţiune terapeutică moralizatoare, iar psihanaliza – o „morală ocultă". În timpul curei psihanalitice se produce o eliberare a pulsiunilor sexuale şi agresive, cu lichidarea culpabilităţii nevrotice a pacientului.

Aspecte particulare

1. *Psihanaliza şi arta*

Numeroşi specialişti psihanalişti au adus importante contribuţii la interpretarea procesului de creaţie artistică, a personalităţii artistului şi a operei de artă (S. Freud, H. Delacroix, Ch. Baudouin, N.N. Dracoulidés, C.G. Jung, J. Bobon, R. Volmat, J. Vinchon etc.).

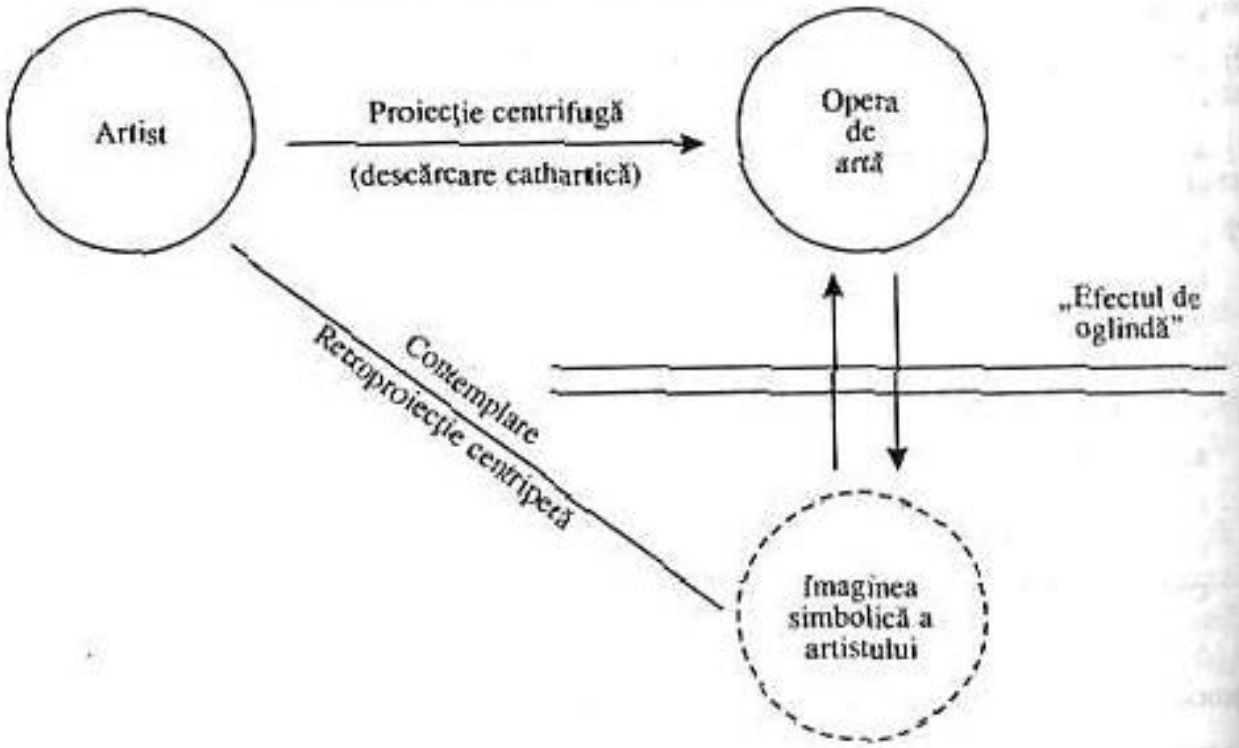
Interpretarea psihanalitică a creaţiei artistice şi a operei de artă a dus la concluzii deosebit de interesante, explicând multe aspecte din acest domeniu. Dintre acestea, o relevanţă deosebită o au următoarele:

a) arta este realizarea sublimată a tendinţelor refulate ale individului nevrotic;
b) procesul de creaţie artistică reprezintă o formă de descărcare cathartică a conţinutului pulsional al inconştientului;
c) arta este un mod particular de expresie a conţinutului nevrotic într-o manieră simbolică;
d) creaţia artistică este o activitate ludică; produce plăcere, satisfacţie emoţională şi reprezintă concomitent şi o formă specială de ocupaţie;
e) arta este un proces de satisfacere emoţională a conţinutului pulsional prin efectul simbolicii afective a cromaticii;
f) culorile au o relaţie emoţional-afectivă directă cu subiectul, având o valoare simbolică: cele reci (alb, gri, negru, albastru) corespund tipului schizoid introvertit, pe când culorile calde (roşu, galben, verde, portocaliu) corespund tipului epileptoid extravertit;
h) obiectul de artă reprezintă un transfer proiectiv al conţinutului intrapsihic al artistului asupra „obiectului creaţiei" acestuia, respectiv opera de artă. În sensul acesta, artistul se regăseşte în opera de artă, care va cuprinde plăcere asociată cu o stare de satisfacţie, acestea având caracterul unei ocupaţii cu efect terapeutic cathartic, pozitiv.

Studiile de psihanaliză a artei au stabilit existenţa a două momente principale în procesul de creaţie artistică. Acestea sunt următoarele:

a) *Momentul creaţiei artistice*, când, printr-un proces proiectiv, conţinutul intrapsihic al artistului este proiectat de către acesta, sub forma unei descărcări pulsional-emoţionale, în opera de artă.

b) Al doilea moment este *momentul contemplării artistice*, în cursul căreia opera de artă complet elaborată va exercita, la rândul ei, o acţiune de tipul „impresiei estetice", asupra persoanei artistului creator. În cursul creaţiei artistice se produce *o „descărcare cathartică" a personalităţii artistului. Contemplând în cea de-a* doua etapă propria sa operă de artă, artistul face, în mod inconştient, şi un act de autopsihoterapie. Acest act se manifestă, pe de o parte, prin plăcerea pe care i-o oferă contactul cu opera de artă, iar pe de altă parte, prin descifrarea semnificaţiilor conţinuturilor simbolice ale operei sale. În acest moment este realizat un proces pe care l-am numit „efectul de oglindă". Acesta constă în transformarea conţinutului simbolic al operei de artă în imaginea simbolică a problemelor psihologice ale artistului, având caracter sublimat. Prin urmare, sunt două momente distincte în cursul procesului de *„întâlnire artist-operă"*.
Primul moment constă într-o proiecţie centrifugă de descărcare cathartică prin care artistul îşi contemplă opera ; al doilea moment este reprezentat de descifrarea sensurilor simbolice ale operei de artă, în relaţie cu propriile probleme sufleteşti, *printr-un proces de retroproiecţie centripetă, de contemplare.*



2. *Psihanaliza, religia şi mitologia*

S. Freud a încercat să explice originea miturilor şi a religiilor în lucrările la care am făcut referinţă mai sus.

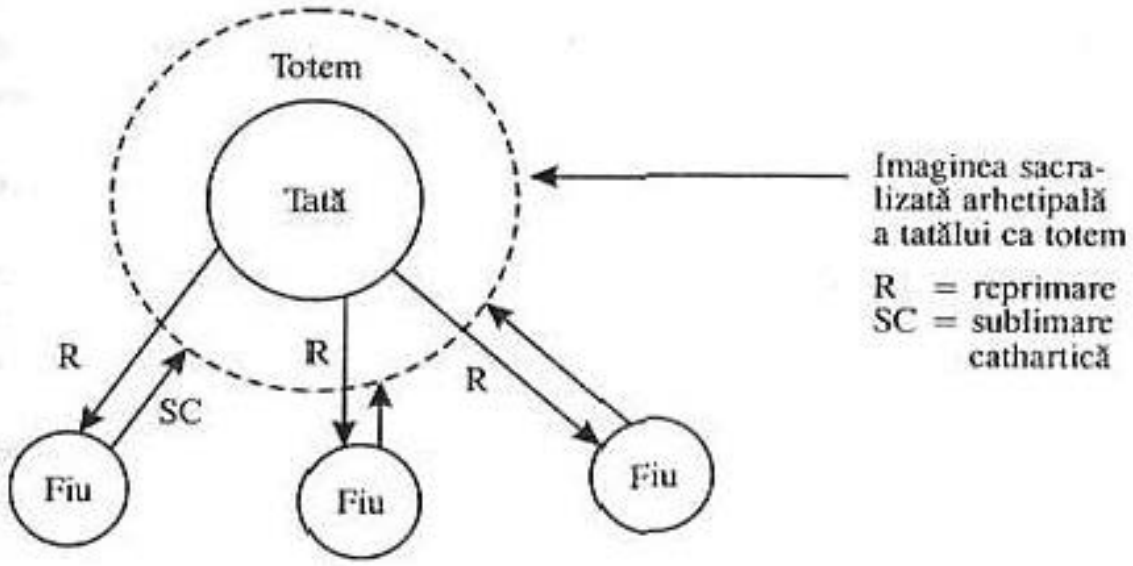
În sociologie, Lévi-Bruhl vorbeşte despre „reprezentările colective" şi „legea participaţiei" în legătură cu magia şi animismul panteist specifice societăţilor primitive, cărora le atribuia un model de „gândire pre-logică". Tezele lui Lévi-Bruhl *sunt rezultatul unor concluzii antropo-sociologice privitoare la formele inferioare,* primitive de viaţă socială, ca organizare, mentalitate şi mod de funcţionare. În acest

cadru, „legea participaţiei" şi „reprezentările colective" specifice mentalităţii primitive, prelogice sunt legate de funcţiile inconştientului colectiv.

Totemismul şi animismul sunt forme simbolice ale inconştientului colectiv, aşa cum a demonstrat şi C.G. Jung. Aceste conţinuturi se organizează în arhetipuri de felul următor: imaginea şefului; imaginea tatălui; imaginea demiurgului.

Fiind vorba de experienţe (reprezentări) colective, ele sunt specifice unui anumit grup sociocultural, marchează istoria şi devin, în final, „universale", fiind valabile pentru întreaga umanitate şi variind numai ca formă (variaţiile etno-culturale) de la o societate la alta.

C.G. Jung pune problema „experienţei religioase" ca o formă de sublimare a reprezentărilor colective ale unui grup social dat. Trebuie văzut în aceasta o acţiune de sacralizare a unui totem, dar concomitent şi o „reacţie de apărare" faţă de acţiunea reprimantă a acestuia în raport cu membrii societăţii respective. Se va produce astfel normarea statuturilor şi a rolurilor în cadrul acelei societăţi, stabilind concomitent un nou tip de relaţii interpersonale, aşa cum se poate vedea din schema de mai jos:

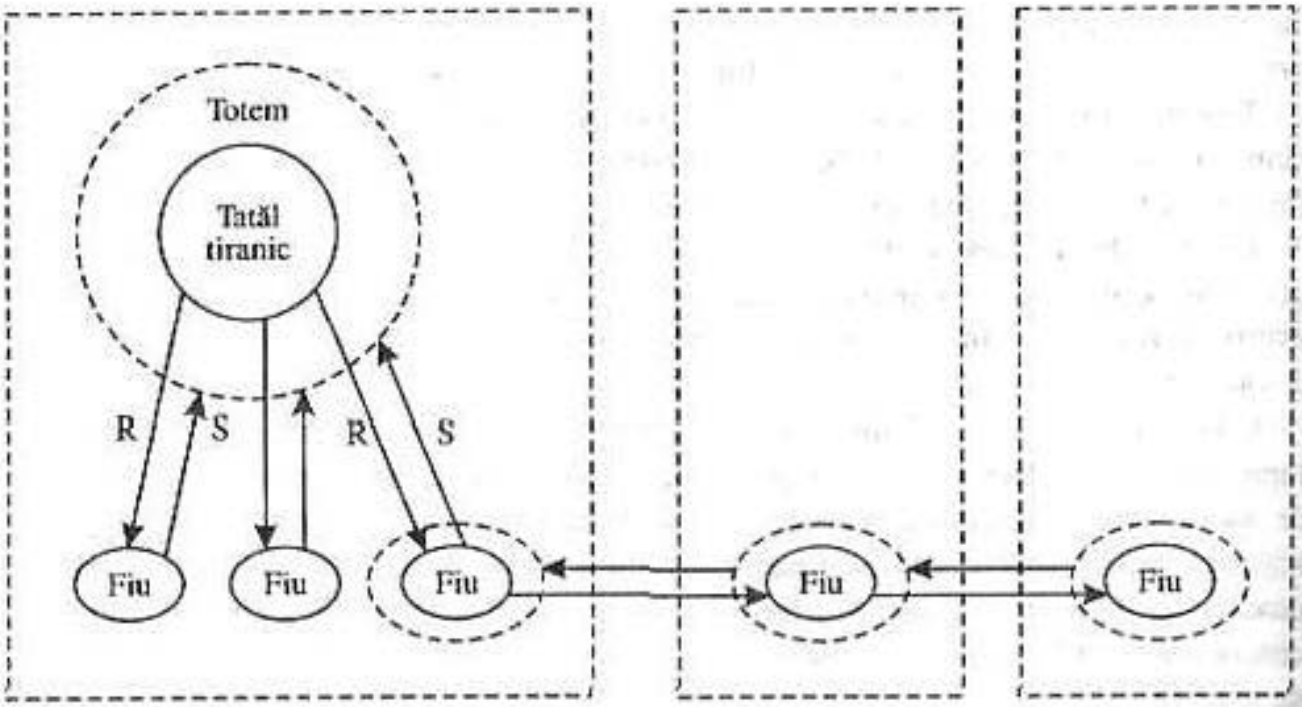


Această primă operaţie de stabilire a *statuturilor* şi a *rolurilor* indivizilor în cadrul unui grup social a dus şi la instituirea unor norme de conduită „intragrupală" şi „extragrupală". În acest fel a apărut prohibiţia incestului, a relaţiilor sexuale între indivizii aparţinând aceluiaşi clan totemic şi, o dată cu aceasta, s-a produs instituirea principiului exogamiei.

C.G. Jung s-a ocupat de fenomenul religios, de mitologii şi culturi din punct de vedere psihanalitic. După părerea lui, „toate religiile sunt vaste sisteme psihoterapeutice, în sensul cel mai strict al cuvântului" (C.G. Jung). Ele exprimă problemele psihologice ale unor comunităţi umane prin intermediul imaginilor arhetipale.

Referindu-se la *religii* şi *mitologii*, C.G. Jung face distincţie între acestea, aşa cum se poate vedea mai jos:

Religiile trebuie considerate ca fiind: profesii de credinţă; percepţii ale sufletului; revelaţii; identificarea proiectivă a imaginii tatălui cu modelul exemplar divin.



Mitologiile trebuie considerate ca fiind: simboluri colective; situaţii comune; arhetipuri morale; rememorarea unor „personaje" (eroi) sau a unor „evenimente" (întâmplări reale din trecut) etichetate ca exemplare.

C.G. Jung insistă asupra asemănării creaţiilor religioase cu elaborarea imaginilor onirice, ambele fiind autoprezentări ale unor imagini ale inconştientului.

O interesantă contribuţie la studiul psihanalitic al semnificaţiei simbolurilor culturale şi religioase a adus-o C.G. Jung prin analiza mandalei, considerată ca imagine simbolică a lumii, desemnând, într-o formă simbolic-sublimată, arhetipul inconştientului colectiv.

Aceste aspecte ale simbolicii inconştientului se pot remarca destul de frecvent la bolnavii psihici, nevroticii sau psihoticii deliranţi, în creaţiile picturale ale acestora.

3. *Psihanaliza şi viaţa socială*

S. Freud se ocupă de aceste aspecte în lucrarea sa *Totem şi tabu*, atunci când vorbeşte despre „hoarda primitivă" şi „şeful tiranic/protector" în legătură cu prohibiţia incestului şi principiul exogamiei. S. Freud pune un accent deosebit pe „complexul Oedip", în care vede, pe de o parte, rivalitatea tată-fiu, iar pe de altă parte, prohibiţia incestului.

Complexul Oedip ocupă un loc central în psihanaliza freudiană şi se defineşte ca fiind „ansamblul organizat de dorinţe amoroase şi ostile pe care copilul le resimte, în mod diferenţiat, faţă de părinţii săi". El poate îmbrăca două forme:

a) forma pozitivă, exprimată prin dorinţa copilului ca rivalul de acelaşi sex cu el să moară şi prin dorinţa sexuală manifestată ca atracţie faţă de părintele de sex opus;

b) forma negativă, exprimată prin iubire pentru părintele de acelaşi sex şi ură sau gelozie faţă de părintele de sex opus.

În plan social, interpretarea psihanalitică îmbracă la A. Adler semnificaţia pulsiunii de autoafirmare prin putere. Această temă adleriană o vedem anterior expusă la Fr. Nietzsche în „voinţa de putere", care exprimă pulsiunile „Supra-Eului", manifestate prin dorinţa de a se autoimpune şi de a comanda altora.

La rândul său, B. Malinowski insistă în mod deosebit asupra fenomenului de „reprimare a instinctelor" în geneza culturii şi a vieţii sociale, în trecerea de la barbarie la civilizaţie.

4. *Psihanaliza şi familia*

Cele mai importante studii de psihanaliză ale familiei sunt întreprinse de W. Stekel şi de O. Rank. În această privinţă, se pune în mod deosebit accentul pe experienţele vieţii familiale, legate în principal de complexul Oedip : frustrări ; carenţe afective ; conflicte legate de statut şi de rol ; ură familială ; conflictele dintre partenerii cuplului marital ; conflictul dintre generaţii.

Se are în vedere relaţia dintre structurile valorice ale modelului sociocultural şi organizarea şi dinamica grupului sociofamilial.

O importanţă deosebită o prezintă modul de creştere şi de educaţie al copiilor (M. Mead, B. Malinowski, A. Kardinier, Kröber, R. Benedikt etc.).

Un loc aparte le revine în acest domeniu studiilor de psihanaliză a tulburărilor din cadrul grupului familial, precum şi ale măsurilor de psihoterapie specifică familiei (J.G. Howells).

Capitolul 12

Psihanaliza şi educaţia

Înainte de „a fi el însuşi", copilul este „altul" sau „alţii". Orice copil se construieşte, se formează ca personalitate, ca om după modelul oferit de „imaginea" celuilalt. Orice sistem de educaţie, ca act de formare a individului, începe cu *imitaţia* şi se încheie cu *identificarea* unui *model*.

Imitaţia şi identificarea la copil se fac în raport cu „influenţele", înţelegând prin acestea presiunile sau reprimările cu caracter extern exercitate de părinţi asupra copilului. Se poate spune că, din acest punct de vedere, copilul devine „obiectul" dorinţelor, tendinţelor, emoţiilor şi aspiraţiilor celor din jurul său (părinţi, rude, educatori etc.) cu mult înainte de a putea să fie „el însuşi". Prima etapă constă în „a fi ca ceilalţi".

Educaţia în familie

Orice educaţie, ca proces de formare a copilului, trebuie să înceapă şi să se desfăşoare în cadrul grupului familial de origine al acestuia. Persoanele cărora le revine sarcina formării copilului sunt în primul rând părinţii. În mod egal însă, prin prezenţa lor în cadrul grupului familial, la formarea copilului vor mai contribui şi bunicii, fraţii mai mari sau, dacă este cazul, alte rude apropiate copilului

Rolurile principale, directe şi responsabile de educaţia copilului le au însă părinţii acestuia. Dar, şi în acest caz, rolul tatălui şi cel al mamei sunt diferenţiate.

1. *Influenţa tatălui*

În cadrul grupului familial, bărbatul, în calitatea sa de tată, simbolizează interdicţia şi forţa disciplinară, imaginea autorităţii, cel care permite dirijarea dorinţelor şi construcţia psihică a fiinţei umane.

Pentru orice tată, copilul este în primul rând o afirmare a virilităţii sale, ca prezenţă în familie. Concomitent, în cazul în care acesta este băiat, el va avea pentru tatăl său semnificaţia simbolică a „continuităţii" acestuia. Se poate desprinde din aceasta faptul că, aşa cum tatăl reprezintă un anumit simbol pentru copil, şi copilul reprezintă un anumit simbol pentru tată. În plus, în cadrul relaţiei „tată-copil" există un schimb psihologic reciproc, aspecte pe care psihanaliza le va pune deosebit de bine în evidenţă.

Tatăl este simbolul autorității care reglează relațiile colective, asigură securitatea și încrederea familiei. Prin aceasta, el devine „centrul de greutate" al familiei și modelul principal de referință.

Modul cum tatăl își exercită rolurile sale diferă în raport cu *tipul de tată*. În sensul acesta, se disting câteva tipuri de tată, după cum urmează: a) tată agresiv, violent, autoritar, intolerant; b) tată cald, prietenos; c) tată anxios, depresiv, închis, defetist.

Devenit adult, în majoritatea cazurilor, copilul va imita la rândul său modelul tatălui pe care l-a avut.

2. *Influența mamei*

Mama reprezintă centrul experiențelor copilului pe plan fiziologic, psihologic, afectiv și intelectual. Ea reprezintă sursa esențială a întregii lui dezvoltări mentale, precum și sursa de stimuli emoțional-afectivi orientați către acesta.

Pentru copil, mama reprezintă primul contact cu semenii. Relația dintre mamă și copil se realizează prin voce, hrană, miros, mișcare, vedere, sentimentul de securitate, satisfacție, joc etc.

Atitudinile materne nocive pot declanșa apariția unei largi game de boli la copil, pe plan somatic, psihic sau psihosomatic. Astfel, psihanaliza a stabilit o corespondență între atitudinile materne nocive și bolile copilului, după cum se poate vedea mai jos (G. Masuco):

Atitudini materne nocive	Bolile copilului
Respingere pasivă	Coma nou-născutului
Respingere activă	Vomismente și boli respiratorii
Solicitudine anxioasă exagerată	Colici digestive
Angoasă mascând ostilitatea	Eczeme
Oscilații între răsfăț și ostilitate	Hipermobilitate (balansare)
Variații ciclice de dispoziție	Jocul cu materii fecale
Ostilitate conștient refulată	Hipertimie agresivă
Privare afectivă parțială	Depresie
Privare afectivă totală	Marasm

Se poate vedea din cele de mai sus că o mamă reprezintă pentru copil, din punct de vedere psihanalitic, nu numai o sursă de stimuli cu efect pozitiv, ci și o sursă de frustrări și carențe cu efect negativ, morbigenetic. Se pare că în sensul acesta mama, în raport cu tatăl, are un efect mult mai direct, mai important și imediat asupra dezvoltării copilului.

Efectele negative ale mocelului matern se vor manifesta mai târziu în comportamentul și atitudinile copilului, în modelul personalității acestuia. Efectele negative ale modelului matern se manifestă precoce, în special în sfera emoțional-afectivă, vegetativă și somatică.

Aşa cum am menţionat că există anumite tipuri de tată, la fel se poate spune că există anumite tipuri de mamă. Se pot distinge următoarele tipuri :

a) *mama captivă* este caracterizată prin egoism, arhaism al comportamentului afectiv, caracter imperios, vigilent ;
b) *mama abuzivă* este tipul care nu poate desprinde dragostea maternă de propria sa persoană ;
c) *mama nesecurizată este cea care priveşte copilul ca pe un mijloc, şi nu ca pe* un scop ;
d) *mama intelectuală* se caracterizează prin ordine, corectitudine, metodă, grijă pentru echilibrul alimentar şi igienic, acestea prevalând asupra aspectelor emoţional-afective ;
e) *mama copiilor infirmi* este hipergrijulie, scrupuloasă, agresivă uneori faţă de infirm, căruia îi răneşte orgoliul inducându-i un sentiment de inferioritate.

Se poate desprinde concluzia că rolurile tatălui şi cele ale mamei sunt determinante în ceea ce priveşte „tipurile" de tată sau de mamă şi că, în orice caz, ele par a fi şi mai nuanţate pentru mamă decât pentru tată.

3. *Influenţa cuplului familial*

Tatăl şi mama influenţează copilul nu numai prin comportamentul lor individual, ci şi prin natura relaţiilor lor conjugale. Copilul va percepe relaţiile conflictuale dintre părinţi. Tulburările din interiorul cuplului vor genera la rândul lor, în mod secundar, tulburări ale copilului. S-a observat faptul că aproximativ trei sferturi dintre copiii cu tulburări caracteriale şi de comportament au părinţii despărţiţi. În cazul copiilor asociali şi agresivi, se constată existenţa la aceştia a unor relaţii familiale marcate de violenţă şi agresivitate ale părinţilor unul împotriva celuilalt.

Din punct de vedere psihologic, copilul este şi rezultatul naturii relaţiilor dintre părinţii săi. Faptul este deosebit de important şi analiza lui va pune în evidenţă aspecte atitudinale diferenţiate ale tatălui şi ale mamei faţă de copil.

Mama îşi poate respinge copilul sau, dimpotrivă, va încerca să-l orienteze pe acesta împotriva tatălui. Tatăl poate căuta, la rândul său, să capteze copilul şi să-l orienteze în mod ostil împotriva mamei sale.

Un rol important în creşterea, educarea şi formarea personalităţii copiilor o are şi modalitatea de formare a cuplului marital. În cazul în care „motivele" care stau la baza formării cuplului sunt „căutarea inconştientă a unei relaţii nevrotice, totul se petrece ca şi cum fiecare partener caută în celălalt nevroza sa complementară. În aceste condiţii, copilul este chemat să joace, la rândul său, un rol în nevroza cuplului" (G. Mauco).

În aceste situaţii, pentru mamă copilul este un refugiu şi o armă împotriva soţului ei. Pentru tată, el va fi obiectul de iubire pe care şi-l dispută cu mama geloasă, între parteneri declanşându-se o relaţie agresivă deschisă.

Alte situaţii traumatizante pot fi reprezentate de doliul familial sau de divorţul părinţilor. Acesta din urmă conduce la un conflict psihic care va avea ca efect „divizarea interioară" a copilului (G. Mauco).

Educaţia şi şcoala

Şcoala reprezintă instituţia fundamentală care are ca sarcină formarea şi instruirea copilului. Rolul pe care ea trebuie să-l joace este de o excepţională importanţă. Şcoala creează personalităţi, atitudini şi conduite, mentalităţi, un anumit spirit. Şcoala împreună cu familia şi Biserica reprezintă cei „trei stâlpi" ai educaţiei individului.

În acest proces psihopedagogic, intră în discuţie pentru psihanaliză trei aspecte: *elevul*, *educatorul* şi *procesul de educaţie*. Le vom analiza în continuare.

1. *Elevul*

E. Claparède spune că spiritul copilului se constituie din două planuri distincte între ele:

a) *Planul inferior* este opera copilului însuşi, care urmăreşte satisfacerea propriilor sale nevoi. Acesta se situează la limita dintre biologic şi fantasme. El este planul subiectiv al dorinţelor şi al temerii. Din acest motiv se consideră că este un plan mitic.
b) *Planul superior* este mai elaborat psihic în raport cu presiunea socială, cu planul obiectiv al realităţii, care se opune planului subiectiv al inconştientului.

Copilul, în momentul în care ajunge la şcoală, este purtătorul experienţelor sale familiale (emoţii, relaţii interumane, modele, conflicte etc.). El este purtătorul tuturor frustrărilor şi refulărilor dramei sale personale interioare. Mediul şcolar îi oferă copilului posibilitatea trăirii unor noi relaţii umane, în condiţii mult mai „libere" decât în cadrul familiei sale. Frica, gelozia, agresivitatea se dispută mai obiectiv în relaţiile cu noii săi parteneri. Se va produce, în acest caz, o dedramatizare sau un proces de demitizare, prin trecerea de la subiectiv la obiectiv a experienţei familiale anterioare, care se converteşte într-o nouă experienţă socială, interumană, ce determină reducerea tensiunilor angoasante. Grupul şcolar impune acceptarea unor reguli şi adaptarea comportamentului copiilor la acestea.

În toate situaţiile la care ne-am referit mai sus, este absolut necesar ca măsurile pedagogice să se adapteze la „istoria" fiecărui elev în parte. În sensul acesta, psihanaliza aduce importante contribuţii de ordin psihopedagogic, luând în considerare aspiraţiile, tendinţele, frustrările, complexele elevilor etc.

2. *Educatorul*

Educatorul este modelul care se oferă elevului. El poate fi, în raport cu disponibilităţile sale afective, *pozitiv* sau simpatic şi *negativ* sau antipatic. Acest aspect se judecă în funcţie de sentimentele pe care le trezeşte. Sentimentele pot fi:

a) *Sentimente pozitive*, care se manifestă prin iubire, interes, bunăvoinţă, înţelegere, amabilitate, contact sensibil, sociabilitate. Toate acestea fac ca educatorul să le fie „simpatic" elevilor săi.
b) *Sentimentele negative*, care se manifestă prin următoarele caracteristici: răceală, distanţă, agresivitate, severitate. Toate acesta fac ca educatorul să le fie „antipatic" elevilor săi.

În aceeaşi serie se discută şi alte aspecte legate de educator, cum ar fi următoarele: interesul educatorului pentru elevi; autoritatea; modul de a se face înţeles; modul de a prezenta obiectul educaţiei sau al instrucţiei; modul de a se impune în faţa elevilor; aspectul exterior al educatorului; sensibilitatea: feminină sau masculină, *maternă sau paternă; sexul educatorului; vârsta educatorului.*

3. *Actul de educaţie*

Actul de educaţie poate fi socotit ca un dialog „educator-copil" cu o dublă semnificaţie: conştient şi inconştient. Psihanaliza, ca „metodă specială de educaţie", are în vedere următoarele aspecte: rezolvarea conflictelor care se opun pulsiunilor culturii; dezvoltarea organismului pe toate planurile; depăşirea conflictelor; lichidarea complexelor; formarea şi adaptarea Eului; direcţionarea aspiraţiilor; maturizarea personalităţii.

4. *Situaţia oedipiană în şcoală*

Un aspect care a fost neglijat sau poate prea puţin studiat este reprezentat de *situaţia oedipiană în şcoală*. De regulă, când este studiat procesul de educaţie/învăţământ, se pune accentul pe aspectele formative şi de instrucţie, pe când aspectele psihologice sau psihopedagogice sunt considerate în al doilea plan sau, de multe ori, chiar neglijate. La baza oricărui proces educativ stau *factori represivi* care se opun *tendinţelor pulsionale* ale copilului. Aceştia creează fie „repulsii", fie „motivaţii", după modul în care sunt aplicaţi sau percepuţi atât de educatori, cât şi de elevi – ca factori frustranţi sau ca factori stimulativi. Elementul central care se dezvoltă în aceste circumstanţe noi pentru copil reprezentate de şcoală este constituit de „intrarea" acestuia *într-o nouă „situaţie oedipiană"*.

Individ aflat în plină perioadă de creştere şi dezvoltare, *copilul şcolar* vine în relaţia de învăţământ/educaţie cu experienţa sa familială reprezentată prin modelele parentale, relaţiile cu părinţii, fraţii, tipul de relaţii afectiv-emoţionale, comunicare, interdicţii şi libertăţi etc. La şcoală, el va întâmpina două situaţii diferite de experienţa sa familială personală: pe de o parte, experienţele familiale ale celorlalţi copii-colegi, iar pe de altă parte, rigorile programului şcolar şi personalitatea educatorului. Ambele sunt diferite de experienţa sa familială. Nu poate să le ocolească pe nici una dintre ele şi este obligat să li se adapteze, mai mult chiar, să le asimileze uneori *împotriva voinţei sale. Din această cauză, şcoala este privită şi aşteptată cu teamă şi*

repulsie de unii copii. Elementele care focalizează aceste resentimente sunt raportate, în cadrul procesului educativ, la „autoritatea educatorului" şi la „constrângerile" impuse de procesul instructiv-educativ. Aceste aspecte vor realiza o nouă formă de „relaţie oedipiană", specifică perioadei şcolare.

Într-o societate civilizată, în viaţa unui individ se pot diferenţia două „etape" ale situaţiei oedipiene: *etapa familială* şi *etapa şcolară*. S. Freud şi psihanaliza clasică au dezvoltat şi analizat situaţia oedipiană familială privind relaţiile „copii-părinţi". De situaţia oedipiană şcolară nu s-a discutat. Ea are o importanţă deosebită în formarea copilului şi a adolescentului, constituind, după opinia noastră, axa psihologică a oricărui sistem de educaţie.

Dincolo de aspectele formale de grup, *clasa de elevi* poate fi considerată, din punct de vedere simbolic, ca o „continuare a familiei", care are ca rol pregătirea tineretului în vederea integrării acestuia în societate. Acest grup este format din *educator* şi *elevi*, în care statutul şi rolurile sunt clar stabilite. Şcoala completează şi desăvârşeşte educaţia începută în familie.

Educatorul, din punct de vedere psihanalitic, reprezintă autoritatea, el fiind arhetipul modelului patern, pe care-l preia din familia elevilor şi-l reproduce într-o nouă formă, în raport cu rolul său.

Elevii sunt preluaţi de educator de la familia acestora, având, din punct de vedere psihanalitic, semnificaţia de „fii" prin statutul lor de discipoli. Acest statut îi subordonează „voinţei" educatorului sub a cărui îndrumare se află şi căruia îi datorează ascultare atât simbolic, cât şi real, în raport cu rigorile procesului educativ.

Relaţia educator-elevi, având caracterul de subordonare şi obedienţă, va semnifica, din punct de vedere psihanalitic, o „relaţie oedipiană" de un tip particular, întrucât implică obligativitate şi represiune din partea educatorului. În felul acesta, în mod formal-aparent, şcoala este percepută ca o *relaţie totalitară de tip frustrant*.

Sentimentul de reprimare este resimţit de copil şi de adolescent şi în raport cu propria sa familie, nu numai cu şcoala, iar această percepţie a intoleranţei este legată, de fapt, de „situaţia oedipiană". Nu trebuie însă confundată sau echivalată „frustrarea reprimantă" cu „motivaţia formatoare", întrucât atât familia, cât şi şcoala nu sunt în sine şi nici nu se doresc a fi relaţii represive, ci relaţii modelatoare, care urmăresc formarea personalităţii copiilor şi adolescenţilor. Se ştie însă că orice proces educativ are un nucleu care constă în „reprimarea instinctelor primare" şi dezvoltarea valorilor morale care să le înlocuiască, contribuind în felul acesta la formarea Supra-Eului individual.

Educaţia este, de fapt, un efort combinat al educatorului şi elevilor. În cadrul acestui proces, educatorul reprezintă modelul care se oferă elevilor şi cu care aceştia trebuie să se identifice. Din nou ne aflăm în faţa unei situaţii oedipiene clare. Identificarea elevilor cu modelul educatorului poate fi impusă prin violenţă şi, în acest caz, apar conflicte, refuzul activităţii şcolare, absenteismul. Dacă modelul este acceptat ca o motivaţie pozitivă, aceasta duce în mod fericit şi firesc la dezvoltarea valorilor morale ale Supra-Eului elevilor, ataşament şi interes faţă de model şi de obiectele de studiu. Orice model de educaţie poate fi respins sau acceptat.

Pe parcursul educaţiei se formează o relaţie emoţional-intelectuală între educator şi elevi, care implică o anumită tensiune psihică. Orice situaţie oedipiană este resimţită de copil ca o experienţă psihotraumatizantă, mai ales când se face „trecerea" la grupul şcolar. Această „trecere" este resimţită pozitiv în cazul în care educatorul este identificat simbolic cu persoana părintelui protector sau când vine să înlocuiască un părinte frustrant, rece, distant, oferind compensarea unor carenţe afective familiale.

Ataşamentul elevilor faţă de educatorul-profesor depinde, în primul rând, de tactul acestuia, de capacitatea sa emoţional-intelectuală de „a intra" în universul ideoafectiv al copiilor, de a-i atrage, de a şi-i apropia. În aceste situaţii, „frustrarea", care vine din partea „modelului autoritar" al educatorului, este resimţită ca un factor protector şi compensator, capabil de a dezvolta motivaţii noi, pozitive, interes şcolar, aptitudini şi conduite noi.

Întregul proces educativ constă în efortul elevilor de a se identifica cu educatorul lor. *Identificarea se realizează simbolic, prin însuşirea normelor de conduită şi a* programelor de învăţământ, fapte care se traduc, din punct de vedere formal, prin promovarea examenelor şi obţinerea unor performanţe deosebite. Identificarea elevilor cu educatorul reprezintă, din punct de vedere psihanalitic, încheierea situaţiei oedipiene, şi ea are aceeaşi semnificaţie cu identificarea copilului cu părintele de acelaşi sex, determinată de situaţia oedipiană familială.

O etapă ulterioară este cea de preluare de către individ a rolului şi statutului *„foştilor" părinţi şi educatori, acesta devenind, la rândul său, părinte în propria sa* familie, faţă de copiii săi, şi, eventual, educator, dacă va îmbrăţişa profesiunea respectivă. Această din urmă eventualitate nu este lipsită de semnificaţie. Dincolo de aptitudini, se pune serios în discuţie existenţa, din punct de vedere psihanalitic, a unei „situaţii oedipiene şcolare" de o anumită factură în istoria psihobiografică individuală a oricărui educator. De regulă, vor persista la aceste persoane „amintirea" şi „impresiile emoţionale" puternice, lăsate de „educatorul" sau „maeştrii" lor, pe care – dat *fiind ataşamentul faţă de „modelele exemplare" – le vor prelua, căutând să le imite,* să le perpetueze sau chiar să le dezvolte. În aceste situaţii asistăm la un aspect nou, reprezentat de „depăşirea maestrului" de către fostul discipol.

Însă, atunci când educatorii au fost „modele negative", de factură frustrant-reprimantă, se dezvoltă în individ o atitudine repulsivă faţă de educaţie şi instrucţie. Mai mult chiar, ulterior, el va adopta o atitudine similară fie faţă de propriii săi copii, fie faţă de propriii săi elevi, în cazul în care va profesa el însuşi ca educator.

*Cultul maeştrilor este similar cu cel al părinţilor. La baza acestora se află „impre*sia mnezică" a unor experienţe emoţionale pozitive din copilărie şi adolescenţă. Acelaşi lucru, dar cu o conotaţie negativă, se poate spune despre conflictul cu părinţii şi repulsia faţă de educatorii frustranţi, reci, negativi. În toate aceste situaţii se pot recunoaşte valoarea şi semnificaţia situaţiei oedipiene în formarea individului atât în familie, cât şi în şcoală.

5. *Consecinţele absenţei situaţiei oedipiene*

Situaţia oedipiană are un rol esenţial în formarea individului. Absenţa ei poate avea consecinţe extrem de grave atât pentru individ, cât şi pentru grupul social în care se află acesta. De aceea, este necesar să insistăm asupra acestui aspect corelat cu laturile psihanalitice ale educaţiei şi formării/instruirii individului.

Aşa cum arătam mai sus, situaţia oedipiană se realizează în două medii formative pentru individ: familie şi şcoală. Ce se întâmplă cu copiii lipsiţi de etapa oedipiană în cursul dezvoltării lor psihice? Aceasta reprezintă o problemă extrem de serioasă. Situaţia oedipiană lipseşte la copiii abandonaţi, proveniţi din familii dezorganizate, la copiii crescuţi în orfelinate, precum şi la cei abandonaţi străzii, vagabondajului, din centrele de reeducare etc. Absenţa unui model parental real, care să reprezinte autoritate, protecţie şi afectivitate, are consecinţe serioase asupra formării copilului. Instinctele, în loc să fie anulate, vor fi eliberate sub forma agresivităţii şi a conduitelor de violenţă învăţate, care vor servi ca forme de „adaptare/integrare" socială, de factură deviant-sociopatică, a acestor indivizi în societate.

Copiii nedoriţi de părinţi, abandonaţi de aceştia, fără familie vor avea în locul protecţiei afective situaţii frustrante şi carenţe emoţionale. Ei se vor forma ca personalităţi agresive, pentru care societatea este o „piedică" şi o „zonă de interdicţie". Deşi sub aparenţa ipocrită a „protecţiei sociale", societatea „perie" aceste „cazuri", ei rămân nişte indivizi nedoriţi, consideraţi periculoşi, potenţiali sociopaţi. Lipsa modelelor familiale şi şcolare are consecinţe negative asupra maturizării lor emoţional-afective, intelectuale, în integrarea socială, în comunicarea şi relaţionarea cu ceilalţi şi, în ultimă instanţă, în ceea ce priveşte propria lor identitate. Lipsa modelului va face ca „identitatea" acestora să se formeze în raport cu cea a grupurilor similare de indivizi „subsocializaţi" – delincvenţi, vagabonzi, prostituate etc. Ei devin fie dependenţi din punct de vedere social, fie sociopaţi antisociali. Pulsiunile primare, lipsite de cenzura Supra-Eului moral, le vor conferi un profil psihologic specific.

Centrele de reeducare, departe de a-şi împlini rolul lor formativ-instructiv, vor prelua aceste „cazuri sociale", lipsite de etapa familială a situaţiei oedipiene, încercând să recupereze întârzierea. Din nefericire, sistemul de reeducare va accentua, prin natura sa represivă, trăsăturile antisociale existente sau potenţiale.

Absenţa situaţiei oedipiene, consumată firesc de către un individ sau un grup de indivizi, va afecta serios configuraţia psihobiografică a acestora. Se poate spune despre categoria respectivă de indivizi că sunt „persoane fără trecut", lipsite de o istorie personală. Faptul va împinge existenţa lor în direcţii diferite: fie că vor deveni persoane dependente social, fie persoane antisociale. În alte situaţii, aceşti indivizi – sau unii dintre ei – vor încerca să „compenseze" într-o manieră sublimativă situaţiile de eşec afectiv şi de identitate prin acţiuni sociale de anvergură, menite să-i propulseze în plan politic, economico-financiar, în mişcări sindicalist-revendicative etc. De asemenea, compensarea poate avea caracterul unor situaţii/conduite de refugiu (alcoolism, toxicomanie etc.).

Aspectele mai sus discutate pun încă o dată în lumină importanţa situaţiei oedipiene în formarea şi dezvoltarea individului, a identităţii şi a libertăţii sale, a capacităţii de a dobândi un statut şi un rol psihosocial precis, de a se simţi liber şi capabil de acţiuni independente, de a se maturiza şi, nu în ultimul rând, de a deveni la rândul său un model pentru generaţiile succesoare.

Problema compensării unor situaţii psihobiografice eşuate i-a preocupat pe mulţi specialişti din sfera psihanalizei (M. Robert, S. Bataglia, K. Horney etc.).

6. *Conflicte şi frustrări*

Criteriul unei dezvoltări normale constă în posibilitatea copilului de a-şi realiza cel mai bine dispoziţiile sale native, asigurându-şi astfel adaptarea la mediul de viaţă, în conformitate cu fiecare etapă de vârstă, până la maturizare.

Se consideră normal subiectul care demonstrează o bună adaptare, precum şi capacităţi productive de un tip special. În acest caz, avem de-a face cu un proces dinamic, cu un echilibru care nu este stabilizat o dată pentru totdeauna, ci care se află într-o permanentă mişcare, în raport cu fiecare etapă a vieţii, mişcare caracterizată prin alternative ale personalităţii.

Caracteristica emoţională a normalităţii constă în faptul că aceste conflicte nu ajung niciodată la un „blocaj" care să împiedice dezvoltarea, ci, dimpotrivă, au o influenţă stimulantă. Starea normală este deci caracterizată prin supleţe, pe când starea patologică prin rigiditate.

În acest mecanism, elementul decisiv îl reprezintă „forţa Eului", în măsura în care această instanţă reglatoare se dovedeşte sau nu capabilă de a canaliza forţele vitale de expansiune în direcţia asigurării unei mai bune adaptări.

O problemă deosebit de importantă care intră în discuţie este reprezentată de *conflict*. Conflictele sunt de două feluri :

a) *Conflictele exterioare* au la bază slăbirea anormală a Eului, care duce la următoarele situaţii :
   - pulsiunile instinctive, neputând fi obiectul unei elaborări care să le socializeze, se manifestă în toată forma lor sălbatică, primară, ca opoziţii violente la exigenţele educative ale mediului ;
   - maturitatea pulsiunilor, cu tendinţă de fixare a personalităţii copilului în primele etape de dezvoltare, face să revină, printr-o mişcare regresivă, comportamentul la o etapă anterioară sau ca acesta să rămână infantil, în totală discordanţă cu vârsta reală a individului.
b) *Conflictele interioare*. În cazul acestora, Eul joacă un rol mai puţin important, opunându-se pulsiunilor instinctive care stau la originea unor asemenea perturbaţii. Acesta este un indiciu de slăbire a Eului, care apelează la violenţă nemaifiind capabil de a amenaja forţele vitale, de a le adapta, refulându-le cu brutalitate în inconştient şi creând astfel o situaţie paralizantă.

Se poate vorbi chiar de o „simptomatologie" a conflictelor. Caracteristicile patologice ale conflictelor sunt date de următoarele aspecte : intensitatea, care este mult

mai mare decât în stare normală ; rigiditatea, cea care creează blocajele personalităţii ; caracterul inconştient, în sensul că ele scapă complet conştiinţei, raţiunii clare.

Rezultă de aici faptul că orice comportament patologic nu este motivat de raţiuni logice clare, ci el ne apare ca fiind raţional şi, în primul rând, inexplicabil.

Ne găsim, în această situaţie, în prezenţa unor manifestări insolite, al căror sens rămâne ascuns atât observatorului, cât şi subiectului în cauză şi care din punct de vedere medical poartă numele de „simptome".

În ceea ce priveşte tipurile de conflicte la care am făcut referinţă mai sus, ele pot fi următoarele :

a) Conflictele externe : conflicte externe cu mediul (crize de mânie sau de agitaţie violentă cu caracter de opozabilitate) ; conflicte externe prin regresiune.
b) Conflictele interne : din cauza activităţii represive a Eului (spălarea compulsivă a mâinilor ca un fel de ritual de purificare etc.) ; din cauza pulsiunilor refulate atunci când se apelează la mecanismele de apărare (obsesiile etc.).

În unele situaţii, conflictele pot avea un caracter deosebit de grav. Cauzele acestora constau în slăbirea Eului, a forţei sale. Forţa Eului este rezultatul mai multor factori :

a) un factor înnăscut, care depinde de temperamentul nativ al copilului ;
b) un factor legat de dezvoltarea iniţială, care constă din „hrana" pe care copilul a primit-o în primii ani de viaţă, primele elemente de educaţie, echilibrul dintre forţele de expansiune şi cele de conservare ;
c) sinteza evenimentelor la care ajunge subiectul în cursul dezvoltării sale, implicând şi frustrările inevitabile din viaţă.

Conflictul semnifică, în primul rând, o inadaptare la situaţii. În acest sens se remarcă două situaţii opuse de adaptare, şi anume :

a) tulburări provocate de o mare slăbire a Eului, care se dovedeşte incapabil de a face faţă condiţiilor de dezvoltare normale, neputând suporta frustrările cele mai curente ;
b) tulburări provocate la un subiect cu un Eu puternic de circumstanţe de viaţă grav traumatizante, pe care nici un subiect de aceeaşi vârstă nu ar fi capabil să le suporte.

Frustrările grave

Copilul nu poate rămâne permanent în mediul său de protecţie iniţial. Creşterea implică o lărgire a spaţiului său vital, o dată cu evoluţia acestuia şi dobândirea unei autonomii crescânde. În aceste condiţii frustrările sunt inerente vieţii şi, în cazul în care sunt suportate, devin factori de influenţă maturizantă.

Una dintre greşelile educatorilor este de a privi frustrările din punctul de vedere al adulţilor, şi nu din punctul de vedere al copiilor. Cele mai frecvente motive de

frustrare pentru copil sunt următoarele: înţărcarea; învăţarea mersului; deprinderea igienei personale; primele separări de mamă.

Toate acestea sunt resimţite de copil ca nişte stări generatoare de angoasă. Printre consecinţele cele mai importante ale frustrărilor menţionăm gesturile ostile, cuvintele agresive şi reacţiile violente sau agresive.

Fixare şi regresiune

Atunci când, ca urmare a unei slăbiri native a evoluţiei vitale sau a unor frustrări *grave care împiedică maturarea, evoluţia copilului se opreşte la o anumită etapă de* creştere, avem de-a face cu fenomenul de „fixare" la această etapă (L. Corman).

Fixarea poate fi totală, corespunzând unei opriri în dezvoltarea psihică, sau parţială, când subiectul se poate, ulterior, dezvolta normal.

Fixarea este inseparabilă de noţiunea de regresiune. În general, avem de-a face cu situaţii de „fixare-regresiune" (L. Corman). După L. Corman, se disting trei etape care favorizează aceste situaţii frustrante, corespunzătoare celor trei stadii principale de dezvoltare: stadiul oral, stadiul sadic-anal, stadiul oedipian:

a) *Fixarea la stadiul oral* se caracterizează printr-o mare aviditate pentru mâncare, în special „alimente care se înghit uşor", fără un efort de masticaţie (lapte, alcool). *Tipul caracterial se manifestă prin următoarele: dependenţă de mediul matern;* căutarea constantă a securităţii; pasivitate şi receptivitate; refuzul efortului; pe plan şcolar, se observă o mare uşurinţă de asimilare fără efort de muncă sau de reflectare; dominarea principiului plăcerii; refuzul de a accepta realitatea; egoism; dorinţa capricioasă de a fi satisfăcut imediat şi total.
b) *Fixarea la stadiul sadic-anal* se traduce prin următorul tip de caracter: valorizarea excrementelor şi a murdăriei; refuzul de a se spăla, gustul pentru lucruri vechi, rupte, murdare; agitaţie motorie distructivă; agresivitate; agitaţie violentă faţă *de tot ceea ce ar putea să se opună propriilor sale dorinţe;* indisciplină şcolară, refuzul de a accepta regulile de conduită, activitate dezordonată, caiete şi cărţi neîntreţinute, rupte, murdare.
c) *Fixarea la stadiul oedipian* este urmarea nedepăşirii sau nelichidării complexului Oedip şi ea se traduce prin următorul tip de caracter: viaţa afectivă rămâne marcată de primele ataşamente sau legături *emoţional-afective atât în iubire, cât* şi în ură; copilul se poate comporta fie ca un tiran, fie ca un sclav; incapacitatea copilului de a stabili relaţii cu alte persoane decât părinţii săi; tendinţa de persistenţă a unor elemente de gândire de factură magică şi dominarea sferei imaginaţiei.

1. *Tipul de copil în sfera educaţiei*

Psihanaliza acordă o atenţie deosebită personalităţii copilului în sfera educaţiei. L. Corman spune că, „pentru a fi un bun educator, este indispensabil să iubeşti copiii". Acest aspect, cu semnificaţie emoţional-afectivă, care determină sensul relaţiilor psihopedagogice, are o valoare esenţială. Din punct de vedere psihanalitic, există două feluri de iubire:

a) *Iubirea captativă* sau „cu ataşament", care comportă un anumit egoism din partea educatorului. În acest caz, copilul este privit ca un „obiect", pe care educatorul are sentimentul că-l posedă, manipulându-l după propria sa voinţă. Însă în momentul în care copilul îşi revendică libertatea, independenţa, dreptul de a acţiona conform voinţei şi dorinţelor sale, educatorul este frustrat şi atunci iubirea se poate transforma în ură faţă de acesta.
b) *Iubirea oblativă* sau „cu detaşare", care implică o relaţie afectivă de iubire din partea educatorului, dar fără o ataşare ce ar putea paraliza legăturile sale cu copilul. Copilul trebuie cunoscut, înţeles, stimulat, lăsat să-şi dezvolte în mod liber autonomia. În acest caz, el devine un „subiect" care dispune de libertatea de a-şi manifesta propriile sale dorinţe, aspiraţii, aptitudini, propriile sale căi şi propriul său destin, educatorul având numai rolul de a-l ajuta şi a-l îndruma.

Psihologia pedepsei

Din punct de vedere psihanalitic, educaţia trebuie să tindă către sublimarea pulsiunilor instinctive în acord cu exigenţele vieţii în familie şi în societate.

„A creşte copii" semnifică a-i ajuta să transfere forţa primelor lor pulsiuni primitive, de factură sălbatică, în planul elevat al civilizaţiei. În sensul acesta, B. Malinowski spune că întotdeauna „cultura începe cu reprimarea instinctelor". De aceea, nu trebuie să lipsească din cadrul procesului de *sublimare* o anumită *reprimare*, fapt care introduce în educaţie necesitatea *pedepsei*.

O toleranţă excesivă în procesul de educaţie va avea urmări grave privind dezvoltarea psihică echilibrată a copiilor, din cauza lipsei de *constrângere* a vieţii pulsionale a acestora. *Maturizarea* individului nu se poate efectua decât cu o anumită *frustrare a dorinţelor*, în absenţa căreia Eul nu se fortifică, iar copiii vor deveni *răsfăţaţi*.

Pe de altă parte, o *libertate* integrală acordată copiilor va conduce la apariţia angoaselor.

Din punct de vedere psihanalitic, se notează o anumită succesiune de faze ale educaţiei ca proces de represiune:

a) *Dresajul* reprezintă stadiul lui: „aşa trebuie!". În primii doi ani, reprimarea instinctelor se realizează prin dresaje, educaţia imitând în acest caz natura. Se

urmăreşte, în primul rând, educarea reflexelor pentru dobândirea unor habitudini automate. Forţa represivă a educatorilor se opune expansiunii libere printr-o acţiune de şoc: privire, tonul vocii, lovituri fizice.

b) *Constrângerea morală* este stadiul lui: „eu trebuie!". De îndată ce Eul copilului se constituie şi dobândeşte o anumită conştiinţă a ceea ce este „bine" în opoziţie *cu ceea ce este „rău", a ceea ce este „permis" faţă de ceea ce este „interzis"*, apare constrângerea morală ca o datorie a individului. Acesta reprezintă momentul în care conştiinţa va spune: „Eu trebuie să fac aşa, şi nu altfel!". Constrângerea morală este dirijată de educator şi se realizează prin limbaj: „Nu trebuie să faci asta! Ceea ce ai făcut nu-i frumos!". Condamnarea morală este un instrument educativ foarte eficace. El duce, pe de o parte, la culpabilizare, iar pe de altă parte, la evitarea culpabilizării de către copil.

c) *Înţelegerea motivaţiilor*. Din cele expuse mai sus rezultă că dresajul creează habitudini, dar el nu modifică profund sufletul copilului. Constrângerea morală a regulilor îl determină pe copil să se conformeze ordinii familiale şi sociale, dar ea nu educă personalitatea lui profundă. Pentru a modifica prin educaţie personalitatea profundă, copilul trebuie să înţeleagă *raţiunile şi motivele care stau la* baza comportamentului său, prevăzând urmările şi chiar eventualele sancţionări ale acestuia. Pedeapsa este în raport direct cu luarea la cunoştinţă a factorilor *profunzi care stau la baza unui comportament anormal*.

d) *Pedepsele sadice* sunt periculoase, ele dezvoltând angoase, o stare de contra-agresivitate, tulburări de caracter şi de comportament, fugi, vagabondaj, deturnări pulsionale de tipul mitomaniei, cleptomaniei etc.

Educaţia este unul dintre domeniile în care psihanaliza a adus contribuţii dintre *cele mai importante. Ea are un rol atât formativ, cât şi corectiv în raport cu persoa*litatea copilului. În mod egal însă, psihanaliza stabileşte şi nişte reguli privind personalitatea educatorului şi realizarea procesului de educaţie.

Interferenţa *psihanalizei* cu *pedagogia* a dus la formarea ramurii numite *psihopedagogia analitică*. Aceasta stabileşte criteriile unei acţiuni lărgite care priveşte dincolo de obiectivul principal pe care-l reprezintă *educaţia copilului*, *formarea educatorilor* şi *educarea părinţilor*.

Spre deosebire de aspectele pur metodologice privind măsurile de educaţie şi instrucţie ale copiilor, psihanaliza pune accentul pe formarea personalităţii acestora, utilizând în acest sens mecanismele psihologice. Ca metodă psihopedagogică specială, psihanaliza va urmări formarea Eului conştient şi a Supra-Eului moral al copiilor, elemente care vor pregăti adaptarea acestora la viaţă şi *formarea de idealuri. Dar, în* primul rând, scopul oricărei educaţii psihologice este de a forma caracterul copilului, garanţia stabilităţii şi progresului personalităţii sale.

Formarea unor atitudini mentale în raport cu situaţiile de viaţă trăite, modul de a înţelege şi de a-şi construi propria viaţă sunt de asemenea obiective ale unei educaţii psihologice a copiilor. Din acestea se vor construi idealurile ca factori orientativi indispensabili pentru orice persoană.

Caracterul şi idealurile trebuie să reprezinte reperele fundamentale ale oricărei personalităţi. De ele depinde nu numai destinul unui individ, ci chiar destinul unei generaţii. Aceşti factori esenţiali vor contribui în final la stabilitatea familiei şi a societăţii. Astfel, psihanaliza îşi va dovedi încă o dată virtuţile de ştiinţă umanistă în formarea persoanei şi a grupului social.

Capitolul 13

Psihanaliza şi cultura

Cadrul problemei

Fenomenul cultural a interesat întotdeauna un larg număr de specialişti, care s-au aplecat asupra lui încercând să-l definească, dar, mai ales, să-i găsească o explicaţie. Nu vom face acum o analiză a culturii şi nici nu vom deschide discuţia asupra sensurilor ei. Chiar şi o simplă încercare de definire a acesteia poate reprezenta un demers lung şi complicat. Ceea ce interesează în studiul de faţă este reprezentat, pe de o parte, de înţelegerea raporturilor care există între cultură şi psihologie, iar pe de altă parte, de o încercare de explicare a fenomenului cultural de către psihanaliză.

Într-o lucrare amplă, devenită clasică, P.P. Negulescu – sintetizând toate cunoştinţele din acest domeniu existente la vremea sa – încearcă să ne ofere panorama unei concepţii referitoare la *geneza formelor culturii*. Prin caracterul său de sinteză teoretică, lucrarea îşi menţine valabilitatea şi reprezintă şi astăzi un reper important în acest domeniu.

Problema culturii apare ca o temă dominantă în majoritatea studiilor umaniste – psihologie, psihanaliză, filosofie, antropologie, sociologie, pedagogie, psihiatrie, lingvistică etc.

Secolul XX se remarcă printr-o predilecţie specială pentru studiile ce examinează fenomenul cultural sub multiple aspecte (O. Spengler, S. Freud, A. Herzberg, H. Arendt, G. Roheim, L. Blaga, P.P. Negulescu, T. Vianu, C.G. Jung, Ch. Baudouin, B. Malinowski, Cl. Lévi-Strauss, M. Eliade, E. Papu, F. Druţă).

Cultura reprezintă, incontestabil, cel mai important moment în evoluţia omului. Se poate spune că *umanitatea* începe şi îşi are originea în *cultură*. Este momentul crucial al trecerii omului de la starea de *sălbăticie* la *civilizaţie*.

Cicero, când vorbeşte despre cultură, se referă la actul de cultivare a spiritului (*excolere animum*), pentru el „a fi cultivat" având semnificaţia de „*cultura animi*". Conceptul este preluat de romani de la greci şi îşi are rădăcinile în *paideia*, axa în jurul căreia gravitează formarea omului (W. Jaeger).

Cultura, în accepţiunea ei clasică, reprezintă efortul unui act de „formare a omului", de cultivare spirituală a persoanei ca atare, precum şi rezultatele acestuia, aşa cum o vedea Socrate, dar şi un act de formare a societăţii, potrivit lui Cicero, plecând de la „formarea spirituală" a omului.

În sensul spiritului clasic, cultura este şi va rămâne un atribut al spiritului, în măsura în care ea, prin valorile sale specifice, contribuie la formarea individului ca

persoană, dar şi în măsura în care oferă societăţii un model ordonat de factură spirituală. În sensul acesta, se poate afirma, apelând la modelul psihanalitic de gândire, că apariţia culturii coincide cu naşterea Supra-Eului social şi moral al umanităţii, aceasta din urmă fiind astfel „desprinsă" de barbaria pulsiunilor instinctuale la care putem raporta inconştientul primitiv.

Cultura este şi rămâne un atribut al spiritului atât pentru individ, cât şi pentru societate. Ea este expresia Supra-Eului.

H. Arendt scoate în evidenţă faptul că în momentul în care valorile spirituale sunt înlocuite cu valorile material-utilitare se produce „criza culturii". Această teză a fost enunţată pentru prima dată de O. Spengler în faimoasa sa teorie privind „morfologia culturilor", în care vorbeşte despre naşterea, viaţa şi moartea culturilor. Pentru O. Spengler, „criza culturii" începe o dată cu transformarea *culturii* în *civilizaţie* sau cu degradarea valorile spirituale şi înlocuirea lor cu valorile materiale.

H. Arendt accentuează acest aspect, menţionând că ceea ce duce la degradarea culturii este reprezentat prin „domeniul politicului şi participarea activă la afacerile publice. În felul acesta este frânată dezvoltarea unui spirit cultivat, capabil de a considera lucrurile la adevărata lor valoare, fără a mai avea în vedere (pe primul plan sau exclusiv) funcţia şi utilizarea lor". Este un punct de vedere asupra căruia trebuie să meditãm în mod foarte serios.

Unii autori consideră *cultura* ca fiind sfera lui *homo sapiens*, iar *civilizaţia*, ca domeniul lui *homo faber*. Ne aflăm astăzi într-un *moment de criză*. Este vorba de o criză spirituală, cu consecinţe multiple asupra societăţii, individului, dar şi asupra destinului nostru istoric ca umanitate. Acest aspect a fost scos în evidenţă ca un veritabil semnal de alarmă încă din primele decenii ale secolului XX (O. Spengler, H. Arendt, H. Marcuse).

Vom analiza în continuare factorii care au dus la apariţia culturii, precum şi semnificaţia acesteia în viaţa umanităţii.

Apariţia culturii este, fără îndoială, un fenomen legat de evoluţia psihologică a omului. Pentru materialişti, ea se raportează la principiul evoluţionismului darwinist privind dezvoltarea creierului şi a mâinii, care a favorizat, pe de o parte, mersul vertical, iar pe de altă parte, utilizarea uneltelor şi descoperirea focului. Trebuie să vedem în această teorie o convertire a mitului lui Prometeu, care va da naştere lui *homo faber*. Este însă un punct de vedere pragmatic, care vede omul din exterior, prin prisma evoluţiei şi adaptării la viaţă (Ch. Darwin, Fr. Engels).

Din punct de vedere psihanalitic însă, lucrurile stau altfel. Nu contestăm punctul de vedere al raportului muncă-evoluţie, dar condiţiile care au dus la aceasta sunt de ordin interior, psihologic, şi nu de ordin exterior, utilitarist. Cel mai important factor în evoluţia omului, cel care a determinat schimbarea sensului evoluţiei acestuia pe plan teoretic, sufletesc, îl reprezintă apariţia conştiinţei. Conştiinţa a făcut ca omul să se descopere pe sine însuşi, ca fiinţă individuală, şi, o dată cu aceasta, să constate „diferenţa" dintre el şi mediu sau lume. Această diferenţă stă la baza procesului de *individualizare* ce a separat omul de lume. Individualizându-se, omul se descoperă pe sine ca fiind diferit de lume şi unic în sfera acesteia. Aceasta atrage

după *sine un al doilea moment*: cel al descoperirii *identităţii* de sine a omului (apariţia conştiinţei de sine).

Din acest moment, al desprinderii omului de lume şi al identităţii sale unice, între om şi lume începe un lung conflict care constă în încercarea omului de a deveni independent de aceasta, dar, concomitent, şi în efortul de a face ca lumea să fie conformă tendinţelor şi aspiraţiilor sale interioare.

Dacă, iniţial, se poate vorbi despre un *plan uman* şi un *plan natural*, în final omul *va elabora un al treilea plan, intermediar între el şi planul fizic al lumii, planul culturii*. Cultura – sau al treilea plan – este „replica" pe care omul o dă mediului fizic şi lumii, pe care acesta o impune *physis*-ului. În locul *obiectelor* sunt puse *valorile spirituale*, ca produs al conştiinţei umane.

Fără acest moment nu putem înţelege evoluţia umanităţii, a persoanei umane, apariţia fenomenului cultural. Planul culturii este „mediul uman", el este, concomitent, şi factorul de protecţie a fiinţei umane, şi mediul specific de dezvoltare şi perfecţionare a acesteia. Apariţia culturii marchează trecerea de la etapa primitivă sau de la barbarie la etapa umanizării şi a vieţii civilizate. Din acest moment *instinctele sunt depăşite şi înlocuite de viaţa spiritului.*

Omul va continua să trăiască de acum înainte, predominant, în „planul culturii", pe care-l va extinde continuu, înlocuind *physis*-ul. Trebuie să vedem în acest proces de „expansiune" a omului o nouă formă de evoluţie, dar, de data aceasta, „desfăşurându-se în plan spiritual", aşa cum a arătat P. Teilhard de Chardin.

Mecanismele formării culturii

P.P. Negulescu face o interesantă şi amplă sinteză a factorilor care au contribuit la apariţia fenomenului cultural, bazându-se pe surse extrem de variate (S. Freud, A. Herzberg, E. Kretschmer, K. Jaspers etc.). Este stabilit de la început faptul că *factorii care au determinat apariţia culturii sunt de ordin psihologic. În această* categorie sunt incluse, pe de o parte, ceea ce P.P. Negulescu numeşte „postulatele organice", iar pe de altă parte, procesul „sublimării". Le vom analiza în continuare.

În categoria *postulatelor organice* sunt menţionate următoarele procese:

1. *o stare afectivă particulară, de tensiune interioară*;
2. factorii *inhibitori*, acţionând predominant asupra conştiinţei individului şi având rol de cenzură, reprezentaţi prin: a) teamă; b) dezgustul ca stare afectivă penibilă; c) ruşinea; d) durerea;
3. nivelul *sensibilităţii* cu valoare particulară, manifestându-se în mod diferenţiat de la o persoană la alta în planul vieţii interioare, dintre care *daimonion*-ul lui Socrate este cel ilustrativ şi cunoscut. Acest mecanism din urmă combinat cu *primele două declanşează o adevărată „criză sufletească" pe care o traversează* individul, având ca urmare o schimbare profundă a personalităţii sale. Este vorba de procesul de „conversiune", aşa cum este el cunoscut la multe dintre personalităţile mari ale istoriei culturale (Sf. Pavel, Sf. Augustin, B. Pascal, Buddha, J.J. Rousseau, Sf. Tereza de Avila, J. Boehme etc.).

A doua categorie o reprezintă actul *sublimării*. Dacă sensibilitatea excesivă are rol inhibitor, interzicând pulsiunilor fundamentale să se exprime liber în exterior, ea deschide calea realizării ocolite a acestora, într-o manieră simbolică, prin intermediul actului sublimării. Aceasta face ca energia psihică a inconştientului să fie în final eliberată în exterior. Majoritatea specialiştilor care se ocupă de studiul culturii recunosc în sensul acesta teza lui S. Freud, conform căreia „cultura în general a fost creată sub presiunea nevoilor vieţii sociale, în detrimentul satisfacerii naturale a pornirilor vieţii individuale, şi ea continuă să fie întreţinută de fiecare om care face la rândul său acest sacrificiu, de a-şi satisface pornirile instinctive nu în folosul său personal, ci în folosul comunităţii".

La cele de mai sus, A. Herzberg adaugă faptul că „toate pornirile fundamentale ale naturii omeneşti pot fi orientate prin sublimare către alte scopuri mai înalte, sociale, religioase, culturale etc."

Ceea ce este important de reţinut constă în faptul că planul culturii este rezultatul sublimării tendinţelor şi pulsiunilor inconştiente ale umanităţii. El reprezintă ceea ce C.G. Jung va numi expresia arhetipurilor, a „modelelor ancestrale" depozitate în inconştientul colectiv şi care, exteriorizate pe calea sublimării, devin formele simbolice ale culturii în variatele sale aspecte formale. Aceste aspecte formale ale culturii, considerate adevărate *tipuri* sau *modele culturale*, sunt specifice anumitor tipuri sau *configuraţii spirituale* pe care le exprimă.

Pornind de la o idee a lui E. Papu, legată de tipurile stilistice, am izolat în sfera spiritualităţii europene câteva „linii de forţă spirituală", veritabile „meridiane ale culturii" (E. Papu), care configurează „geometria culturală" a spiritului european. Acestea sunt următoarele:

1. *Meridianul etic* cultivă valorile morale şi trece prin Egipt, Grecia, spaţiul carpato-baltic şi Rusia. Este meridianul balto-egeic.
2. *Meridianul liric* este cel care cultivă şi admiră valorile spirituale, fiind corespunzător ariei italo-germano-scandinave şi realizând unirea dintre Divina Comedie şi Faust.
3. *Meridianul plăcerilor vieţii* sau al lui *„douceur du vivre"*, al bunăstării, trece prin Franţa şi Anglia.
4. *Meridianul iluziilor*, al nostalgiei şi fabulaţiei fantastice, este meridianul hispano-irlandez.

Ceea ce caracterizează fiecare dintre aceste „linii de forţă" ale spiritului cultural sunt structurile arhetipale care stau la baza lor şi din care acestea îşi trag substanţa. Fiecare meridian are spiritualitatea şi cultura sa proprii, cultivă un anumit gen de valori şi opere artistice, are stiluri proprii, sentimente şi mentalităţi particulare de trăire generate de aceste sentimente (C. Enăchescu).

Personal, am preferat înlocuirea sau completarea „meridianelor culturale" cu „modele arhetipale". În sensul acesta se pot distinge trăsături arhetipale ale spiritului european, distribuite gradat de la Nord la Sud şi care constituie veritabile „sentimente ontologice" fundamentale (C. Enăchescu), după cum urmează:

a) *angoasa* la nordici, scandinavi (S. Kierkegaard, E. Munch);

b) *grija (Sorge)* în aria germană *(M. Heidegger)*;
c) *îndoiala (le doute)* la francezi (Descartes) şi, în mod corespunzător, *prudenţa, la englezi*;
d) *dorul* la români;
e) *nostalgia* la spanioli;
f) *pasiunile* mergând până la *patimă*, asociate cu sentimentul culpabilităţii aflat în „echilibru moral" cu mântuirea, ca situaţie ontologică paradoxală, la ruşi (F.M. Dostoievski, L. Tolstoi);
g) *entuziasmul* sudiç al grecilor, de la Ahile la Zorba şi, în mod corespunzător, *dinamismul* latin al românilor.

Sentimentele ontologice la care m-am referit mai sus sunt fundamentale şi constituie materialul din care se construiesc în planul culturii „situaţiile fundamentale", acestea, spre deosebire de „situaţiile-limită" descrise de K. Jaspers, fiind centrele de forţă în jurul cărora se „construiesc" structurile culturale (C. Enăchescu).

Aspectele prezentate mai sus constituie elementele orientative de bază care prefigurează o *teorie generală a culturii* şi prin ele nu am dorit altceva decât să subliniem ideea că toate *faptele de cultură* constituie *al treilea plan* interpus între *primul plan*, care este persoana umană, *viaţa sufletească*, şi cel de-al *doilea plan*, care este *realitatea fizică (C. Enăchescu)*.

Aceste repere constituie elementele de referinţă ale unei teorii a culturii, aşa cum spuneam mai sus, şi ele au semnificaţia unei analize formale a fenomenului respectiv. Vom analiza în continuare aspectele legate de natura intimă, interioară a culturii, aşa cum este ea „văzută" în sfera psihanalizei.

Psihanaliza culturii

Ca doctrină umanistă, psihanaliza acordă o atenţie deosebită faptelor de cultură, artei, literaturii, filosofiei etc.

Începând cu S. Freud, un mare număr de specialişti au încercat să formuleze răspunsuri privind descifrarea sensului culturii şi a mecanismelor psihanalitice implicate în geneza acesteia (O. Rank, G. Roheim, W. Stekel, Ch. Baudouin, N.N. Dracoulidés, R. Volmat, J. Bobon, R.W. Pickford, L. Navratil).

Referindu-se la fenomenul cultural, S. Freud acordă un rol hotărâtor *sentimentului de vinovăţie* al omului primitiv, legat în mod implicit de un *complex de inferioritate* al acestuia faţă de forţele exterioare ostile lui. Astfel, pentru S. Freud, „sentimentul de culpabilitate este problema centrală a dezvoltării culturii". Continuându-se pe linia aceasta, se susţine că „pe măsură ce civilizaţia progresează, sentimentul de culpabilitate este tot mai consolidat, intensificat şi în permanentă creştere" (S. Freud). Pentru S. Freud, „preistoria sentimentului de culpabilitate îşi are originea în complexul Oedip".

H. Marcuse vede în sfera psihanalizei freudiene o „dinamică paralelă" între „dezvoltarea aparatului psihic" şi evoluţia culturală a omului, după cum urmează:

a) momentul ontogenetic, reprezentând dezvoltarea individului reprimat, de la copilăria timpurie până la existenţa sa socială conştientă;
b) momentul filogenetic, reprezentând dezvoltarea civilizaţiei represive, de la hoarda primitivă până la statul civilizat, complet constituit.

În lucrarea sa *Totem şi tabu*, S. Freud îşi expune pe larg teoria psihanalitică privind geneza şi sensul culturii. În această lucrare se face o paralelă între *nevroză* şi *sălbăticie* sau *primitivism*. De fapt, este vorba despre o abordare în paralel a culturilor primitive şi nevrozelor sau a conduitelor ritualizate ale primitivului şi a celor ale nevroticului. Trebuie însă menţionat faptul că, în cazul la care ne referim, S. Freud nu face o trimitere la nevroză ca proces clinico-psihiatric, ci la un fenomen psihanalitic raportat la situaţia Eului, aşa cum se va vedea în continuare.

În susţinerea acestei comparaţii *nevroză-primitivism*, se pleacă de la postulatul că „individul se află în centrul oricărui sistem" (C. Roheim) şi că atât modul de viaţă al nevroticului, cât şi cel al primitivului reprezintă forme particulare de existenţă ce implică „rezolvarea unor situaţii".

În ambele cazuri din urmă, în faţa indivizilor se află o *situaţie de pericol*, o „ameninţare" căreia aceştia trebuie să-i facă faţă. Pericolul împiedică satisfacerea pulsiunilor libidinale, fapt care face să apară şi să crească angoasa, ce, ca orice „situaţie insuportabilă, va da naştere formulei sociale a Supra-Eului" (C. Roheim). Consecinţa angoasei va fi interdicţia, respectiv „sistemele de tabu".

Acumularea pulsiunilor se va manifesta în exterior pe calea sublimării fie sub formă de *simptome* la *nevrotic*, fie sub formă de *ritualuri* la *primitiv*. Primele vor da naştere unor *conduite nevrotice* care au la baza lor mecanismele de apărare ale Eului; celelalte vor da naştere unor *conduite magice* care au la bază mecanismele colective de adaptare. Se poate astfel remarca o echivalenţă între aceste două linii de manifestare a omului în faţa „situaţiilor de pericol" pe care le percepe ca atare în mediul extern.

În final, prin procesul sublimării, pulsiunile acumulate se vor descărca fie prin conduitele nevrotice, fie prin conduitele magice, creând *modele de comportament* cu valoare adaptativ-compensatorie, care stau la baza faptelor culturale. Ele sunt materialul din care se va construi cel de-„al treilea plan" între om şi realitatea externă.

Mergând mai departe cu analiza fenomenului cultural, S. Freud scoate în evidenţă importanţa copilăriei. Pentru el, cultura este o întârziere, o frânare sau o prelungire a etapei infantile. Problema originii culturilor este, în felul acesta, legată de problema originii umanităţii înseşi, făcându-se din ambele o singură problemă. Atât *nevroza*, cât şi *cultura* trebuie raportate la „situaţii infantile" specifice, ele înfăţişându-se ca *mecanisme de apărare*.

Pentru S. Freud, trei factori sunt responsabili atât de geneza nevrozei, cât şi a culturii: factorul *biologic*, *filogenetic* şi *psihologic*. Factorul biologic este constituit de o stare de suferinţă morală şi de o dependenţă prelungită a individului, legate

de o situaţie din copilărie percepută ca pericol pentru acesta. Factorul filogenetic reprezintă o perioadă intermediară, de latenţă a individului. Factorul psihologic exprimă un conflict între Eu şi inconştient, rezolvat prin mecanismele de apărare care vor restabili atât regimul pulsional, cât şi adaptarea pulsiunilor la realitate. C. Roheim remarcă „identitatea fundamentală şi structurală a nevrozei şi a civilizaţiei..., precum şi analogiile între primitivi şi nevrozaţi", mergând până la a admite existenţa unor „analogii între instituţiile umanităţii primitive, pe de o parte, şi, pe de altă parte, instituţiile individuale ale nevrozei". Acest aspect este exemplificat de *însuşi S. Freud atunci când compară „paranoia cu filosofia", „nevroza obsesională* cu religia" şi „isteria cu arta". Trei tipuri de nevroze se exprimă compensator prin trei direcţii culturale; interesant, dar şocant în aparenţă pentru spiritul ştiinţific riguros al psihologului şi al psihiatrului clinician.

În acest caz se ridică în mod legitim întrebarea: *este cultura rezultatul nevrozei? Şi dacă da, ne aflăm oare în faţa unui fenomen morbid? De pe poziţiile filosofiei şi* ale moralei creştine, N. Berdiaev critică psihanaliza, afirmând că „omul în psihanaliză" este o fiinţă funciarmente bolnavă, întrucât conţinutul pulsional al inconştientului este sursa complexelor, a simptomelor nevrotice, fapte care contravin dogmei creştine şi moralei religioase. Natura umană este bolnavă sau ea se perverteşte ulterior, în lume? Răspunsul la aceste întrebări ni-l oferă tot psihanaliza, dar prin intermediul datelor de antropologie culturală (B. Malinowski, M. Mead, R. Benedikt, L. *Lévi-Bruhl*, R. *Linton*, Cl. *Lévi-Strauss*).

Aşa cum am spus şi anterior, la baza formării *culturii* stă mecanismul *sublimării*. S. Freud este cel care afirmă că sublimarea instinctelor „este una din trăsăturile cele mai caracteristice ale evoluţiei culturale, cea care permite activităţilor psihice superioare, producţiilor ştiinţifice, artistice şi culturale să joace un rol important în viaţa *civilizaţiei". Ideea este completată de A. Freud, care include sublimarea în grupa* mecanismelor de apărare a Eului. În felul acesta se oferă un răspuns întrebării de mai sus: nevroza obsesională implică izolarea, paranoia, proiecţia, iar melancolia, introiecţia. Remarcăm dintr-o dată faptul că la baza atât a nevrozei, cât şi a culturii stau mecanisme psihologice similare, a căror dinamică psihanaliza o pune în evidenţă, subliniindu-le totodată valoarea. Ceea ce este important de reţinut constă în faptul că aceleaşi mecanisme duc, în funcţie de circumstanţe, la nevroză sau la cultură. *Elementul comun atât în cazul nevrozei, cât şi al culturii este relaţia persoanei cu obiectul*. În ambele situaţii, *pericolul* este reprezentat de *teama de a pierde obiectul*.

Rezultă de aici faptul că fenomenul cultural este expresia compensatorie a „evitării suferinţei" (C. Roheim). S. Freud, mergând pe această teză, afirmă că în decursul evoluţiei sale istorice umanitatea a utilizat trei mijloace psihologice de compensare:

a) calea *erotică*, legată de teama de a pierde iubirea şi de a fi la dispoziţia celor care refuză să răspundă acestui sentiment;
b) modelul *obsesional*, care constă în predominanţa *Supra-Eului*, legat de teama de consecinţele actelor proprii;
c) modelul *narcisic*, care exprimă tensiunea dintre Eu şi Supra-Eu şi teama de separare.

Important este însă faptul că, în toate cazurile de mai sus, *obiectul real* este substituit de *obiectul cultural* rezultat din sublimare. În final, *cultura* se va înfăţişa ca o *ipostază simbolică a individului*. În felul acesta se revine la cele afirmate anterior, când numeam cultura „al treilea plan". Obiectul cultural devine astfel un factor stabilizator al persoanei umane. Prin urmare, se poate accepta teza freudiană a apropierii dintre nevroză şi cultură, ambele construindu-şi obiectul care substituie realitatea într-un plan simbolic.

Considerând atât nevroza, cât şi cultura ca forme de „adaptare" la realitate, psihanaliza merge până acolo încât priveşte „cultura ca pe un gen particular de nevroză" (C. Roheim). Dar, în cazul acesta, termenul de „nevroză" îşi pierde conotaţia sa clinico-psihiatrică, intrând în sfera antropologiei culturale, cu o semnificaţie cu totul nouă : aceea de „formă de adaptare-compensare" a persoanei umane la realitatea fizică, externă. Iar dacă, în plan psihologic, intră în discuţia nevrozei narcisismul, în planul culturii acesta va fi substituit de mecanismul sau pulsiunea de antropomorfizare a lumii, pentru „a fi conformă" cu persoana.

Vom accepta, în sensul celor de mai sus, faptul că trebuie să vedem în cultură un „sistem de apărare psihică contra angoasei" existenţiale, similar cu „funcţiile defensive şi de adaptare" ale nevrozei. Or, acest punct de vedere este pur psihanalitic şi complet diferit de patologia clinică.

Ajunşi aici, descoperim o nouă dimensiune sau o nouă funcţie a culturii. Fiind un factor de apărare, ea are şi o funcţie restaurator-reparatorie şi, prin urmare, *psihoterapeutică*, ceea ce ne aduce la tezele lui C.G. Jung. Pentru C. Roheim, toate sistemele culturii sunt „sisteme de echilibrare" între persoană şi lume.

Omul fiind o fiinţă neliniştită, deoarece caută continuu imposibilul, cultura este cea care-i oferă satisfacţie şi echilibru, într-o „trans-realitate" subiectivă în care se regăseşte pe sine însuşi în mod compensator. Este realitatea trans-subiectivă produsă prin sublimare.

Am putea reda sintetic raportul dintre nevroză şi cultură în tabelul de mai jos :

Nevroză	Cultură
Relaţia cu obiectul real	Relaţia cu obiectul real
Pericol/frustrare	Pericol/frustrare
Angoasă/retragere	Angoasă/separare
Frustrare/interdicţie	Tabu/interdicţie
Sublimare (eliberarea tensiunii psihice)	
Simptome	Ritualuri
Conduite nevrotice (mecanisme de apărare)	Conduite magice (mecanisme de adaptare)
Obiect cultural substituit	

Aspecte antropoculturale

Analiza noastră nu se poate opri aici. Ar fi un demers incomplet. În interpretarea fenomenelor culturale şi a faptelor de cultură există un important punct de vedere antropocultural care derivă din teoria psihanalitică. Acest domeniu a fost ilustrat de contribuţia a numeroşi specialişti (B. Malinowski, M. Mead, R. Benedikt, L. Lévi-Bruhl, R. Linton, Cl. Lévi-Strauss).

Pentru B. Malinowski, „cultura începe cu reprimarea instinctelor", iar aceasta reprezintă momentul iniţial al formării comportamentelor de tip modelat. Sistemul de tabuuri va impune anumite norme de conduită obligatorii pentru toţi membrii societăţii umane. Ele vor reprezenta garanţia formării, printr-un proces de „reprimare-adaptare", a *Supra-Eului moral al indivizilor aparţinând aceleiaşi grupe gentilice* din cadrul comunităţilor umane primitive.

Prin aceasta se evită apelul la mecanismele de apărare a Eului. Indivizii vor avea obligaţia de a-şi însuşi prin educaţie un anumit sistem de norme morale şi, concomitent, de a le perpetua. Fenomenele nevrotice sau stările complexuale sunt scoase din joc. Rolul esenţial în aceste procese revine valorilor modelului social şi moral care guvernează societatea respectivă.

Între membrii grupului se stabilesc relaţii de filiaţie, sunt distribuite roluri şi fiecare dintre aceştia are un statut precis. Trecerea de la un statut sau un rol la altul se face printr-un act de „separare", care implică „ieşirea" dintr-un model şi „intrarea" în altul.

Cultura apare ca un sistem de modele de comportament ritualizate pe plan colectiv şi integrate psihologic în planul individual. Normarea socială este exteriorizată şi cel care va da tonul şi va controla sistemul este modelul social, prin valorile sale devenite legi. Este un punct de vedere extrem de important, de care suntem obligaţi să ţinem seama şi care completează tezele psihanalitice expuse mai sus. El reprezintă *însă numai aspectele exterioare ale culturii.*

Din punct de vedere psihanalitic, la baza „faptelor de cultură" stau elemente *constitutive ale inconştientului.* Astfel, S. Freud vorbeşte de „pulsiuni", C.G. Jung de „arhetipuri", iar L. Blaga de „categoriile stilistice abisale". Ne vom ocupa de acestea din urmă, întrucât ele reprezintă o importantă contribuţie adusă la explicarea naturii, genezei şi semnificaţiei faptelor de cultură şi a fenomenului cultural ca act sufletesc specific.

Se consideră că *personalitatea* umană cuprinde două câmpuri valorice : *psihologic* şi *cultural*. Câmpul psihologic este în raport cu pulsiunile, pe când câmpul cultural cu categoriile stilistice.

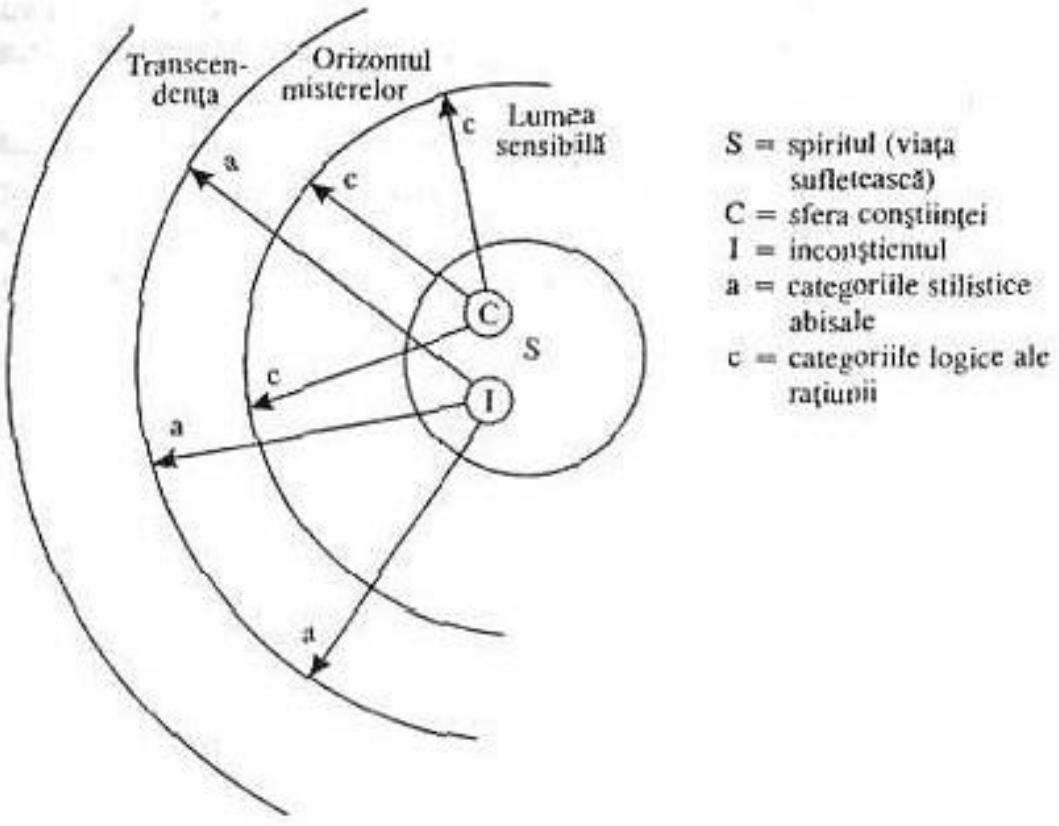
Categoriile stilistice sunt acele structuri sufleteşti din care se organizează faptele culturale. Ele cuprind următoarele :

a) configuraţii ale spiritului inconştient ;
b) frânele transcendente ;
c) forţele modelatoare şi călăuzitoare.

Funcţiile categoriilor stilistice se exprimă prin:

a) ele organizează, prin dispunerea lor într-o anumită configuraţie, un anumit „câmp stilistic";
b) acţiunea lor se desfăşoară în planul conştiinţei;
c) spiritul conştient îşi desfăşoară actele sale de creaţie în „câmpul de forţe" oferit de matricea stilistică a categoriilor abisale;
d) orice creaţie este posibilă în raport cu condiţiile impuse de categoriile abisale, de modul de dispunere a acestora;
e) categoriile abisale apar ca nişte „dispoziţii ale spiritului";
f) orice creaţie este o activitate a spiritului, iar câmpul stilistic ni se înfăţişează ca un spaţiu construit din categoriile stilistice abisale;
g) categoriile stilistice se pot dispune în configuraţii variate, caleidoscopic, având o mobilitate, plasticitate şi disponibilitate extreme.

Pentru L. Blaga, „Omul există în două orizonturi cu totul diferite: întâi, în *orizontul concret* al lumii sensibile şi pentru autoconservarea sa; şi al doilea, omul există în *orizontul misterului* şi pentru revelarea acestuia". Acest aspect rezultă şi din schema de mai jos:



Referindu-se la rezultatul acţiunii categoriilor stilistice abisale, L. Blaga le recunoaşte capacitatea creatoare sau, cum o numeşte el, „plăsmuitoare", fapt care se relevă a fi esenţial în procesul genezei operelor culturale.

Creaţiile artistice sunt „plăsmuiri ale spiritului" dispuse în câmpul stilistic al orizontului misterelor. Spre deosebire de acestea, cunoaşterea ştiinţifică pozitivă şi experienţa comună se plasează exclusiv în orizontul concret al realului obiectiv.

Faptele de cultură se dispun în spaţiul realităţii spirituale (arta, religiile, morala, visul etc.). Aceste producţii ale realităţii noastre spirituale care există în mod obiectiv apar ca o „prelungire a câmpului conştiinţei umane" sau ca o replică exterioară a conţinutului său.

Referindu-se la elaborarea faptelor de cultură în raport cu sfera conştiinţei, *L. Blaga remarcă la aceasta două regiuni: a) o regiune interioară fiinţei umane*, reprezentând conştiinţa propriu-zisă sau spaţiul spiritual; b) o regiune exterioară fiinţei umane, respectiv câmpul stilistic sau spaţiul culturii propriu-zise.

Primul din cele de mai sus este spaţiul subiectivităţii pure în relaţie cu viaţa interioară a persoanei, iar cel de-al doilea este spaţiul subiectivităţii obiectivate sau al „obiectelor conştiinţei", reprezentate prin „faptele de cultură".

Spaţiul spiritual cuprinde imagini, reprezentări, concepte, simboluri, configuraţii *emoţionale sau ideoafective (complexe), vise, idei delirante, halucinaţii, iluzii*, obsesii, fobii, credinţe, conduite, configuraţii, valori etc.

Faptele de cultură, ca produse ale spiritului, fiind constituite din „categoriile stilistice", apar ca forme sublimate ale „pulsiunilor" inconştientului cu care co-există. Ele sunt structuri din care, prin proiecţie şi sublimare, sunt construite elementele culturii.

Punctul de vedere al lui L. Blaga, având ca intenţie explicarea genezei culturii şi *a formelor acesteia, completează într-o manieră riguroasă tezele psihanalitice, după* un plan de gândire comun.

Existenţa *pulsiunilor inconştientului* în paralel cu *categoriile stilistice ale spiritului* completează şi explică atât faptele de conduită ale individului, cât şi faptele de cultură ca formă sublimată a conţinutului sufletesc individual sau colectiv, aducând prin aceasta o valoroasă contribuţie la fundamentarea psihanalitică a culturii.

Capitolul 14

Psihanaliza comunităţilor umane şi a conduitelor colective

Cadrul general al problemei

Unul dintre meritele lui S. Freud constă în extinderea doctrinei psihanalitice dincolo de cunoaşterea persoanei umane, ca entitate individuală, la aspectele vieţii sociale a comunităţilor umane. Aplicarea psihanalizei la investigarea sensului dinamicii fenomenelor sociale este astăzi universal admisă şi ea se constituie ca un domeniu bine conturat, cel al *psihanalizei sociale* (S. Freud, E. Fromm, H. Marcuse, B. Malinowski, P. Daco).

Încă de la început, S. Freud face distincţia între *psihologia individuală* şi *psihologia socială* sau colectivă, tratându-le în conformitate cu principiile de bază ale psihanalizei. *Psihologia individuală* are ca obiect individul, cercetarea mijloacelor de care el se serveşte şi a căilor pe care le urmează pentru satisfacerea dorinţelor şi nevoilor sale (S. Freud). Aceasta exprimă o „atitudine narcisistă", întrucât, afirmă S. Freud, „satisfacerea nevoilor şi dorinţelor este căutată şi obţinută de individ în mod independent de influenţa altor persoane". În cazul *psihologiei sociale* sau colective asistăm la influenţa care se exercită asupra individului de un mare număr de persoane, care constituie comunităţile social-umane, sub forma unei vaste şi complexe reţele de comunicare interumană. Aceste relaţii construiesc o „atmosferă psihologică comună", specifică fiecărei comunităţi social-umane, exprimată prin mentalităţi, idei colective, idealuri, gusturi, conduite comune.

Se consideră că, din punctul de vedere al atitudinii metodologice, *comunităţile umane* pot fi considerate ca „organisme sociale" bine definite, cu caracteristicile lor specifice, putând fi studiate în conformitate cu principiile analiticii freudiene.

În procesul de formare şi evoluţie a societăţilor umane, S. Freud vede aceleaşi mecanisme şi etape ca şi în cazul formării personalităţii individuale. Trecerea de la stadiul de *copilărie* la cel de *adult* este comparat, în plan social, cu trecerea de la *barbarie* la *civilizaţie*.

Important este faptul că în acest proces de „transformare" atât a individului, cât şi a comunităţilor umane acţionează aceleaşi mecanisme de *reprimare a pulsiunilor inconştientului*, susţine S. Freud. În acelaşi sens, B. Malinowski afirmă că în toate situaţiile mai sus menţionate „cultura începe cu reprimarea instinctelor". H. Marcuse nuanţează această trecere de la „informal" sau pulsional-inconştient la „formal" sau

social-civilizat printr-un mecanism de deplasare, „ce afectează nu numai scopurile instinctuale, ci şi valorile instinctuale, adică acele principii care guvernează realizarea scopurilor". Ne vom referi însă în acest capitol la aspectele psihanalitice ale vieţii şi conduitelor colective ale comunităţilor umane.

În construirea unei „psihanalize a comunităţilor social-umane", S. Freud pleacă de la lucrările de sociologie din epocă şi, în primul rând, de la studiile lui G. Le Bon referitoare la „psihologia mulţimilor". Astfel, se consideră că „mulţimea psihologică *este o fiinţă provizorie, compusă din elemente eterogene, sudate temporar*" (G. Le Bon). Spre deosebire de *individ*, care are identitatea lui proprie, *mulţimile* sunt „inferioare", fiind dominate de şi caracterizate prin trăsături psihologice ce ţin în primul rând de inconştient, faţă de individul determinat prin Eul personal.

Referindu-se la caracteristicile structural-dinamice ale grupurilor sau comunităţilor umane din punct de vedere psihanalitic, S. Freud distinge următoarele aspecte:

a) În cazul grupurilor sociale, *fenomenele inconştiente* joacă un rol preponderent, dominând formele vieţii conştiente.
b) *Absenţa sentimentului de responsabilitate*, caracteristic persoanei individuale.
c) Manifestările colective de factură comportamentală sunt influenţate de factori declanşatori care acţionează asupra sferei inconştientului, şi anume inducţia sugestivă, care organizează conduitele colective după modelul unei *contagiuni mentale*.
d) Din punct de vedere psihanalitic, comunităţile umane sunt dominate de *instincte şi emoţii colective*, care sunt declanşate şi se manifestă în forma conduitelor *colective prin mecanisme de sugestie. În felul acesta, „inducţia sugestivă" face ca* orice sentiment sau act să devină „contagios", interesele personale dizolvându-se în cele colective.
e) Aspectele la care am făcut referinţă explică mecanismul datorită căruia masele pot fi cu uşurinţă *manipulate prin intermediul factorilor de inducţie sugestivă*. Aceasta din urmă constă, pentru S. Freud, în „tendinţa de a transforma imediat în acte ideile sugerate", fără nici un fel de critică sau responsabilitate.
f) *Fiind dominate de inconştientul colectiv, masele sociale acţionează impulsiv*, automat, sub forma unei *voinţe colective*.
g) Pe considerentele mai sus menţionate, S. Freud susţine că „mulţimea este *impulsivă, mobilă şi iritabilă*, lăsându-se practic condusă de inconştient".
h) Fiind *lipsită de spiritul critic şi, implicit, de responsabilitate*, mulţimea este influenţabilă şi credulă, motiv pentru care se aventurează în acţiuni al căror risc nu-l poate evalua în ceea ce priveşte consecinţele.
i) Mulţimile sunt dominate de *emoţii*, care pot atinge paroxismul *dezlănţuirilor pasionale* de factură irațională, de *exaltare furibundă*. Acestea sunt însă simple, trădând natura primară, de factură pulsional-inconştientă a lor. Din acest motiv, *fiind lipsite de simţul critic, mulţimile pot trece cu o mare uşurinţă de la o* adoraţie de factură fetişistă pentru un lider la antipatie, ură sau răzbunare faţă de acelaşi simbol, traducând prin aceasta o stare de oscilaţie de la o extremă la alta.

- Din punct de vedere psihanalitic, caracteristică pentru mulțimi este nevoia prezenței unui *lider* care să le domine și să le subjuge, susține S. Freud. Acesta este imaginea simbolică a unui fetiș ale cărui origini coboară în trecutul arhaic, încarnând arhetipul *tatălui* sau al *șefului*. El încarnează emoțiile, ideile și idealurile colective, fiind simbolul *salvatorului* care conferă stabilitate, siguranță, forță, prestigiu și cu care mulțimile se identifică. Preia asupra lui întreaga „problematică colectivă", având în sensul acesta rolul „terapeutului" care favorizează un transfer pozitiv, de descărcare pulsională colectivă.

Acestea sunt caracteristicile principale ale profilului psihologic al comunităților umane din punct de vedere psihanalitic. Vom analiza în continuare structura, dinamica, factorii care acționează în interiorul mulțimilor și manifestările comportamentale ale acestora.

Liderul și comunitățile umane

Relația *lider-mase* este o temă centrală în psihanaliza grupurilor social-umane, a cărei importanță a fost subliniată de S. Freud în numeroase studii. După S. Freud, „mulțimea este o turmă docilă, incapabilă de a trăi fără un conducător". Conduitele colective depind în mod direct de personalitatea liderului maselor respective, întrucât, susține S. Freud, masele au nevoia „de a asculta și de a se supune instinctiv celui care se erijează în șeful lor".

Personalitatea liderului a fost studiată de numeroși autori (S. Freud, H. Bonhoeffer, H. Marcuse, K. Abraham, E. Fromm). Ea trebuie să se „identifice" cu sentimentele, ideile și idealurile maselor, oferind garanția colectivă a realizării lor.

Liderul trebuie să fie o personalitate care să aibă forță de convingere, de mobilizare și de organizare a maselor, oferindu-le un *model de ideal* în care acestea să se recunoască. El trebuie să exercite o mare *forță de atracție asupra persoanelor* sau, cum susține S. Freud, „prestigiul acestuia trebuie să reprezinte o fascinație care se exercită asupra spiritului colectiv, ca o acțiune sau ca o doctrină". Liderul de acest tip este el însuși, de regulă, o *personalitate de tip pasional*, „fascinată de o profundă credință într-o idee" pe care le-o induce maselor (S. Freud). Acest lider „trebuie să posede o voință puternică, imperioasă, susceptibilă de a însufleți mulțimile, paralizându-le voința" și subordonându-și propriei sale voințe conduitele colective ale maselor.

Orice lider este, în felul acesta, imaginea arhetipală a „tatălui primordial" cu virtuți mesianice, pe care mulțimile îl produc în scopul realizării propriilor nevoi și aspirații (S. Freud).

H. Bonhoeffer, în lucrarea „Psihologia Führer-ului și delirul maselor", realizează *un studiu de psihopatologie socială consacrat celui de-al III-lea Reich. Ideile acestuia* sunt extrem de interesante și ele scot în evidență factorul de *inducție sugestivă* ca forță de convingere și coeziune socială a maselor, mobilizându-le într-o direcție pasional-fanatică, veritabilă „conduită colectivă de dresaj", și oferindu-le un ideal

utopic. Aceste aspecte discutate de H. Bonhoeffer în 1948 reiau tema anterioară a lui S. Freud din studiul său „Psihologia colectivă şi analiza Eului", care explică astfel de manifestări prin aceea că „masele au nevoie de iluzii la care nu pot renunţa. Ele preferă întotdeauna irealul în locul realităţii". Conduitele maselor declanşate de inducţia colectivă prin sugestie sunt, pentru S. Freud, similare celor induse hipnotic, iar din punct de vedere formal pot lua aspectul isteriei colective, în care elementul imaginar este precumpănitor. Acest fapt iese cu atât mai pregnant în evidenţă cu cât, conform datelor de observaţie psihanalitică, mulţimile, dominate de inconştient, sunt incapabile de a se cenzura, factorii de inhibiţie colectivă fiind foarte slabi sau chiar absenţi.

Uşurinţa cu care mulţimile aderă sau sunt receptive la „inducţia afectivă primară" ce favorizează sugestia este, după McDougall, însăşi explicaţia relaţiei acestora cu liderul, dar, în mod egal, prin instabilitatea lor generată de labilitatea pulsională, mulţimile se pot detaşa cu uşurinţă de liderul fetişizat, „sacrificându-l" în acelaşi scop pentru care l-au creat : satisfacerea propriilor dorinţe colective. Din acest motiv, liderul care ridică masele dezlănţuindu-le pulsiunile primare ajunge într-un moment în care nu le mai poate controla, iar aceste pulsiuni dezlănţuite sunt canalizate asupra lui. Prin actul de „sacrificare a liderului" se produce, de fapt, un proces de catharsis colectiv, prin care se transferă culpabilitatea colectivă asupra liderului ce „preia asupra lui vinovăţia" în totalitate.

Interesant în sensul acesta este punctul de vedere al lui K. Jaspers care, la sfârşitul celui de-al II-lea război mondial, vorbind despre „culpabilitatea germană", clarifică problema insistând asupra faptului că, în fond, „complexul de culpabilitate" nu va fi lichidat dacă este proiectat exclusiv asupra liderului, întrucât el aparţine întregii mase care a participat alături de lider la acţiunile acestuia.

Coordonate psihologice şi manifestări colective

Orice studiu de psihanaliză a colectivităţilor umane are, după cum se poate vedea din cele de mai sus, particularităţi în raport cu psihanaliza individuală.

Am stabilit faptul că masele sunt dominate de *pulsiunile inconştientului*. Ele au un caracter anonim, iar identitatea acestora este dată de *persoana liderului*, care reprezintă atât *modelul*, cât şi *Eul* la care se raportează colectivităţile. Faptul este pregnant pus în evidenţă în cazul regimurilor politice totalitare, prin cultul personalităţii şefului (H. Arendt). Din acest motiv, masele îşi modifică conduitele în raport cu modelele menţionate.

Nefiind capabile de a-şi elabora conduitele în mod independent, ci numai prin intervenţia unui model care să le „ofere" direcţiile de manifestare, masele sunt foarte sensibile la fenomenele de frustrare, formare de complexe (în special de inferioritate şi de culpabilitate), simţindu-se reprimate, marginalizate, „scoase din istorie".

Aceste situaţii conflictuale sunt compensate prin acte de sublimare colectivă. Formele prin care masele îşi sublimează propriile lor probleme au caracterul unor

construcţii imaginare, cu semnificaţie proiectivă. Acestea constituie *miturile sociale* şi au, din punct de vedere psihanalitic, o semnificaţie compensatorie la probleme conflictual-complexuale ale maselor.

Miturile social-politice reprezintă o temă importantă pentru psihanaliză, întrucât ele exprimă, într-o manieră simbolică, concentrată, reprezentările colective, pulsiunile sublimate, dorinţele nerealizate, refulările comunităţilor umane, situaţii complexuale, eşecuri sau simptome nevrotice, luând chiar, în unele situaţii, aspectul unor veritabile psihoze colective. Le vom analiza în continuare.

Studiul miturilor social-politice a preocupat un mare număr de specialişti din variate domenii, prin aceasta dovedindu-se importanţa lor (G. Sorel, F. Delaisi, R. Girardet, H. Arendt, S. Freud).

Psihanaliza scoate în evidenţă relaţia existentă între *vis* şi *utopie* în geneza *miturilor social-politice*. Neliniştea maselor, angoasa colectivă în faţa vieţii, legată şi de reprimarea pulsiunilor colective de către normele instituţionale ale modelului sociocultural, fac ca aceste pulsiuni ale inconştientului colectiv să fie sublimate în construcţii utopice, imaginare, cristalizate în câteva *teme mitice* universale, cu caracter arhetipal.

Temele mitice sunt nucleul din care se construiesc utopiile. Se poate face, apelând la psihanaliză, o analogie, evidentă de data aceasta, între *vis* şi *utopie*. Visul este re-trăirea în planul imaginarului oniric a tendinţelor, pulsiunilor, dorinţelor, conflictelor, complexelor refulate ale individului. El are o latură manifestă, reprezentată prin scenariul său imagistic, şi un conţinut latent, simbolic, reprezentând semnificaţia concentrată a conţinutului refulat al inconştientului. Acelaşi lucru se poate spune şi în cazul utopiilor social-politice: latura manifestă a acestora este reprezentată prin „formele social-politice" de factură reformistă pe care le propun, iar conţinutul simbolic, ocult, de factură simbolică, rezidă în semnificaţiile arhetipale pe care mulţimile le proiectează ca aspiraţii colective. Ca şi visul, mitul se compune dintr-o structură manifestă, în care sunt concentrate reprezentările colective ale maselor sociale, în conformitate cu „legea participaţiei colective" la care face referinţă L. Lévi-Bruhl. În felul acesta, *miturile social-politice* trebuie considerate ca având semnificaţia simbolică a unor „reprezentări colective" care construiesc, în paralel cu o realitate ostilă, inacceptabilă, o *realitate imaginar-ideală*, la care aspiră masele de indivizi. Ele sunt rezultatul unui act de sublimare colectivă a tendinţelor colective refulate ale maselor.

Cu excepţia aspectului lor formal, miturile social-politice nu se deosebesc între ele. Ele sunt, formal, structurate în conformitate cu stilul epocii căreia îi aparţin, dar conţinutul simbolic, ocult este universal, fiind reprezentat prin arhetipuri. Pentru F. Delaisi, funcţia esenţială a acestor mituri este de a anula angoasa, restaurând „noţiunea de autoritate" care să ofere garanţia stabilităţii şi a securităţii grupului social respectiv. Astfel, „autoritatea va produce ascultarea voluntară, înlocuind-o cu constrângerea şi suprimând revolta" (F. Delaisi). Prin această calitate, susţine F. Delaisi, „mitul va reprezenta legitimitatea", menţinând ordinea şi funcţiile societăţii respective. Din punct de vedere psihanalitic, mitul va acţiona nu numai ca

modelul unui „Supra-Eu", ci şi ca un puternic factor de cenzură la care se raportează grupul social.

Făcând o analiză a miturilor social-politice recente, R. Girardet notează prezenţa următoarelor tipuri: *Conspiraţia, Vârsta de aur, Salvatorul, Unitatea.* Psihanaliza distinge în fiecare dintre acestea structuri arhetipale specifice, reprezentate prin următoarele forme simbolice fundamentale: persoana eroului providenţial, eliberator şi mesianic; *motivul impurităţii, în contradicţie cu cel al purităţii şi inocenţei*; schimbarea lumii ca act de „primenire-restaurare" de factură paradisiacă; desfiinţarea diferenţelor şi restabilirea unităţii etc. (G. Bachelard, Cl. Lévi-Strauss, G. Durand, C.G. Jung).

Existenţa miturilor social-politice rezultă dintr-un proces de elaborare a *inconştientului colectiv al maselor, care are mecanisme similare „travaliului oniric"*, *cum* ar fi: condensarea/aglutinarea, stilizarea, deplasarea sensului realităţii către o semnificaţie simbolică. Ele sunt expresia simbolică a unei *meta-realităţi imaginare*, care vine să înlocuiască realitatea obiectivă inacceptabilă, resimţită ca ostilă. Prin aceasta, ca şi visele, de altfel, miturile social-politice au din punct de vedere *psihanalitic o funcţie terapeutică colectivă, de catharsis al maselor. Ele oferă speranţa* într-o soluţie ideală, care face ca realitatea obiectivă să poată fi „suportată". Prezenţa miturilor se dovedeşte, din cele menţionate mai sus, ca absolut necesară în echilibrarea raportului dintre *inconştientul colectiv* şi *presiunile realităţii obiective* asupra maselor.

În situaţii de *anomie socială*, când structurile realităţii obiective se modifică, iar funcţiile acestora de reglare normativă a maselor slăbesc sau se dezorganizează, apar un sentiment general de nelinişte, o angoasă colectivă dată de incertitudine, de lipsa de securitate, care creează impresia colectivă a unui *pericol iminent*. În acest moment, reprezentările colective ale maselor sociale se modifică. Acestea nu vor mai crea *mituri social-politice*, ci vor genera *conduite colective* de factură anomică, absurdă, aberantă, de regulă legate de sentimentele de *culpabilitate* şi *angoasă* colectivă. Ele sunt induse *sugestiv* şi au un caracter de *contagiune colectivă*, realizând veritabile tablouri de factură psihopatologică ale maselor, reprezentate prin *psihozele colective*. Natura acestora a preocupat un mare număr de specialişti din variate domenii: T.K. Osterreich, W. Szumowski, M. Sendrail, R. Muchembled, J.H. Bless, S. Freud, M. Dide, J. de Tonquedec, Cl. Lévi-Strauss, Mc Ristich de Groote.

Din punct de vedere psihanalitic, *psihozele colective* au semnificaţia unei *deturnări libidinale colective* a *pulsiunilor inconştientului maselor* către teme catastrofice, cu caracter negativ, de tipul „sfârşitul lumii", „cataclisme naturale", „invazii", „intervenţia unor forţe oculte" etc. Toate au la bază aceleaşi arhetipuri negative, expresie a angoasei colective şi a complexului de culpabilitate al maselor. Ele pot lua caracterul unor conduite colective aberante (satanism, *hippies*, isterie colectivă etc.).

Sunt însă şi situaţii de anomie socială care pot genera manifestări colective de factură contrarie. Presiunea şi dezorganizarea socială sunt resimţite de mulţimi ca o reprimare nedreaptă. În aceste situaţii, „ruptura" dintre mulţimile umane şi factorii

de „autoritate social-politică" determină proiectarea pulsiunilor libidinale colective asupra instituţiilor şi autorităţii „reprimante". Mulţimile vor „culpabiliza" aceste instituţii şi autorităţi, făcându-le responsabile de propriile lor suferinţe. Consecinţele acestor situaţii se vor concretiza în conduite sociale colective de tip agresiv. Descărcarea pulsional-agresivă a maselor umane va viza autoritatea şi instituţiile care o reprezintă. Este cazul *revoltelor*, al *revoluţiilor*, actelor de *terorism social*, ce, dincolo de aspectele lor formale sociale, au o semnificaţie şi o dinamică pe care psihanaliza maselor le explică, aşa cum am menţionat, prin descărcarea proiectivă a agresivităţii maselor. Tot în această serie de manifestări, dar având un caracter minor, putem plasa şi grevele, protestele colective, mitingurile politice etc.

Interesant este faptul că atât psihozele colective, cât şi revoluţiile, aşa cum reiese din cele de mai sus, sunt manifestări ale unor conduite ale maselor umane în care factorul de agresivitate colectivă are un rol esenţial. În cazul psihozelor colective, masele – autoculpabilizându-se – construiesc conduite de factură autoagresivă. În cazul revoluţiilor, masele – proiectând culpabilitatea asupra instituţiilor şi autorităţilor – se manifestă prin conduite heteroagresive. În ambele situaţii asistăm la descărcarea pulsională a inconştientului maselor.

E. Fromm face o interesantă şi originală interpretare psihanalitică a societăţilor totalitare, luând ca model de referinţă „psihologia nazismului". Pentru el, societăţile totalitare au la bază, în primul rând, o „motivaţie psihologică", din care decurg celelalte aspecte cu caracter manifest-formal de factură socială, economică, raţională, instituţională etc.

Caracteristica societăţilor totalitare, indiferent de structura lor politică, constă în concentrarea autorităţii şi a puterii în persoana liderului care, iniţial, se identifică cu interesele maselor. În acesta îşi vor proiecta masele propria lor identitate şi sentimentele colective. Pentru E. Fromm, esenţa caracterului autoritar al liderului maselor este reprezentată de „prezenţa simultană a pulsiunilor sadice şi masochiste" ale acestuia, autorul explicând că: „Sadismul a fost înţeles ca urmărind puterea nelimitată asupra altei persoane, fiind mai mult sau mai puţin amestecat cu distructivitatea; masochismul, ca urmărind dizolvarea propriei persoane într-o putere copleşitor de mare şi participarea la forţa şi gloria ei".

Dorinţa de putere a liderului va frustra masele de propria lor libertate, subordonându-le voinţei sale şi sfârşind prin a le impune conduite automate, de tipul „dresajului". Conduitele maselor, prin caracterul lor de uniformitate, vor genera stereotipii, angoase, sentimente de frustrare. Se dezvoltă un complex general de culpabilitate şi inferioritate colectivă faţă de „puterea represivă". Din acest moment, liderul se va identifica cu instituţiile represiv-totalitare, rupându-se de masele care l-au ales. Ruptura dintre mase şi lider va genera o tensiune pulsională a maselor, care va sfârşi prin a erupe sub forma unor conduite protestatare, ca replică a reprimării lor.

Revolta maselor are la baza ei un proces psihologic de deturnare a culpabilităţii şi a sentimentului de inferioritate cauzat de frustrare asupra instituţiilor totalitare şi, în final, asupra persoanei liderului, ca simbol al reprimării. Este un proces de

transfer proiectiv al culpabilităţii, de factură colectivă. Descărcarea pulsională colectivă are semnificaţia unui act de catharsis al maselor, prin care acestea se eliberează de sentimentele de culpabilitate şi inferioritate. Redobândirea libertăţii reface echilibrul psihologic colectiv, reprezentând un veritabil act terapeutic de masă.

Acest aspect poate fi exemplificat în cazul multor regimuri politice totalitare şi al dictatorilor care le-au reprezentat: Hitler, Mussolini, Pol-Pot, Ceauşescu etc., pentru a ne referi numai la exemplele istorice cele mai apropiate.

Astfel, se poate spune că istoria poate fi înţeleasă şi interpretată şi din punct de vedere psihanalitic, în mod similar cu istoria individuală a persoanei, întrucât *evenimentele istorice* sunt, în fond, manifestarea exterioară a unor *pulsiuni colective*, fapt subliniat de numeroşi specialişti psihologi, psihiatri sau psihanalişti (S. Freud, M. Dide, H. Damaye, R. Laforgue, H. Bonhoeffer, E. Fromm).

Tratarea acestor aspecte în raport cu dinamica psihologică a manifestărilor colectivităţilor umane este de fapt un act de interpretare a conduitelor colective în sens psihanalitic. Acest punct de vedere poate aduce importante contribuţii cu privire la modul de organizare a instituţiilor sociale, a autorităţilor, a vieţii sociale, la ameliorarea relaţiilor interumane, capabile în final să instituie un regim sociopolitic pozitiv din punct de vedere psihosocial, în stare să favorizeze o dezvoltare normală a grupurilor social-umane, a relaţiilor şi conduitelor colective. Toate aceste aspecte se înscriu ca nişte concluzii ale *psihanalizei sociale* de care suntem obligaţi să ţinem seama.

Măsurile de ameliorare a vieţii sociale care se impun sunt, în sensul celor discutate mai sus, îndeosebi de ordin educativ şi psihoprofilactic, înţelegând prin acestea instituirea, în primul rând, a unor măsuri de igienă mintală colectivă.

Semnificaţia psihanalitică a statului şi a dreptului

Aspectele discutate mai sus impun o interpretare psihanalitică a modalităţilor de organizare şi funcţionare a sistemelor sociale, şi nu în ultimul rând a *statului* şi a *dreptului*. Dincolo de aspectele formale, social-juridice, se ridică întrebarea: care este semnificaţia acestora, ce simboluri încarnează statul şi dreptul din punct de vedere al vieţii sufleteşti a individului şi al grupurilor social-umane. Problema a fost în unele privinţe abordată de S. Freud în *Totem et tabu* şi reluată de antropologia culturală (M. Mead, R. Benedikt, B. Malinowski, R. Linton etc.). Vom face în continuare o prezentare sintetică a problemei.

Elementul primordial, cu o valoare arhetipală care stă la originea legii este *imaginea Tatălui* sau *cea a Şefului grupului primitiv de care ascultă toţi membrii* acestuia. Persoana *Tatălui-Şef* este cea căreia i se subordonează toţi membrii clanului, ca reprezentând autoritatea absolută, impusă prin „putere şi teamă". Forţa tatălui impune supunerea celorlalţi. Această subordonare a membrilor grupului primitiv faţă de persoana Tatălui-Şef o putem considera ca pe o formă generală de situaţie oedipiană, extinsă la planul social, deşi S. Freud nu o numeşte direct ca atare. Pe

aceste considerente, în relaţie cu aspectele situaţiei oedipiene despre care am făcut menţiune în capitolele anterioare, putem distinge trei niveluri ale situaţiei oedipiene:

a) *situaţia oedipiană familială*, cea care stabileşte raporturile de subordonare dintre copii şi părinţi în cadrul grupului familial;
b) *situaţia oedipiană şcolară*, cea care se stabileşte în raporturile dintre copii şi educatori în cadrul grupurilor şcolare;
c) *situaţia oedipiană socială*, cea care se stabileşte în cadrul organizării şi funcţionării raporturilor dintre autorităţile şi instituţiile statului şi cetăţeni, constând în subordonarea şi conformarea conduitelor acestora, în strictă obedienţă faţă de legi.

Aceste aspecte au un caracter simbolic, ţinând de interpretarea psihanalitică a relaţiilor simbolice care se stabilesc între „autoritate" şi „individ" sau „grupul social" şi a semnificaţiilor acestora. Important rămâne faptul că *situaţia oedipiană* pare a guverna întreaga viaţă a individului şi a grupurilor social-umane, aşa cum rezultă din interpretarea psihanalitică a faptelor la care am făcut referinţă.

Rolul situaţiei oedipiene în funcţionarea statului este cel de organizare a ierarhiilor, dar, concomitent, şi de cenzură a conduitelor sociale. Acestei situaţii i se opune, din punct de vedere simbolic, în planul conduitelor, gândirii şi acţiunilor sociale, *libertatea individuală*. Între rigorile impuse de stat şi tendinţa spre libertate a individului există o permanentă contradicţie. Aceasta ia caracterul extrem, de reprimare de către stat a libertăţilor individuale, în cazul regimurilor totalitare sau, dimpotrivă, permite cele mai largi forme de manifestare a libertăţii individuale, sub toate aspectele, în cazul regimurilor democratice.

Problema libertăţii este direct corelată cu cea a represiunii. Dincolo de descărcarea pulsională, ea are o conotaţie morală, la care I. Kant făcea referinţă când se întreba: „Ce pot face? Ce îmi este permis?". Libertatea nu este numai un drept, ci şi o responsabilitate. Ea are caracter de conduită umană când este pusă sub semnul valorilor morale ale Supra-Eului. Libertatea lipsită de responsabilitate degenerează în conduite haotice, aberant-conflictuale, chiar antisociale.

Statul normează libertatea individuală prin regimul de drepturi şi îndatoriri ale cetăţeanului, asigurând o anumită protecţie a acestuia, dar instituind şi sancţiuni care vizează abuzurile sale. Trebuie să vedem, din nou, în aceste aspecte o situaţie oedipiană extinsă în planul social.

Dreptul implică o serie de măsuri permisive şi restrictive, care se aplică individului-cetăţean sau grupurilor sociale. El este, din punct de vedere psihanalitic, o instanţă de cenzură ieşită dintr-un sistem de tabuuri, de interdicţii cu valoare arhetipală, de aceeaşi factură cu cele care au generat structurile şi instituţiile morale şi religioase. Spre deosebire de acestea însă, dreptul îşi exercită acţiunea în planul social-civil, al statului.

Ca orice sistem de tabuuri, prescripţiile sau normele de drept devin legi obligatorii, a căror violare inculpă individul. Această încălcare, din punct de vedere psihanalitic, reprezintă asumarea unei situaţii de culpabilitate. Rezolvarea psihanalitică a culpabilităţii o reprezintă pedeapsa, ca „act purificator" al vinovatului. Se

observă, prin urmare, că dincolo de orice sisteme juridice, oricât de complicate ar *fi, stau câteva arhetipuri fundamentale care normează viaţa socială, dar şi mentali*tatea şi conduitele individuale. Devenind obligatorii, orice violare/încălcare a lor este considerată ca vinovăţie, iar actul de reparaţie este reprezentat prin pedeapsa purificatoare, expiatoare a vinovatului.

Din cele arătate mai sus, se desprinde clar faptul că interpretarea fenomenelor social-juridice prin prisma concepţiei psihanalitice ne conduce la „situaţia oedipiană socială" atât în ceea ce priveşte interdicţiile, cât şi actele reparatorii ale celor care trebuie să răspundă pentru abaterile lor. De altfel, dezvăluirea publică, în faţa *cetăţenilor Thebei, a crimei lui Oedip şi a Iocastei, care a pângărit cetatea (statul* theban), precum şi sancţionarea vinovaţilor (sinuciderea Iocastei şi exilarea lui Oedip) constituie un exemplu clar în sensul acesta, extins de la persoana individuală la grupul social-statal.

Capitolul 15

Domeniul psihanalizelor (curente şi variante)

Aspecte generale

Privită în perspectivă istorică, psihanaliza se înfăţişează ca un important curent de gândire care domină mentalitatea secolului XX pe multiple planuri, dezvoltându-se continuu. Renunţând la a fi numai o doctrină medicală, de diagnostic şi tratament al bolilor psihice, ea intră adânc în câmpul ştiinţelor umane, fiind prezentă în psihologie, sociologie, pedagogie, antropologie, lingvistică, etnologie, religie, morală, filosofie.

Rapida difuziune a psihanalizei este explicată de sursele din care ea s-a constituit ca ştiinţă. Acestui fapt i se datorează dubla sa potenţialitate de evoluţie : către *medicină* şi către *ştiinţele umane*.

Aşa cum am arătat şi în primele capitole, două sunt sursele principale din care s-a constituit psihanaliza :

a) *Ştiinţele umane*, reprezentate prin filosofia clasică (Socrate şi Platon), teoria pasiunilor şi filosofia secolului al XIX-lea (Maine de Biran, Schopenhauer şi Nietzsche).
b) *Studiile medicale* privind sugestia, hipnoza şi isteria (A. Mesmer, J.A. Charcot, H. Bernheim).

În ceea ce priveşte constituirea psihanalizei ca ştiinţă, dar şi ca sistem de gândire care a infuzat nu numai medicina, ci şi ştiinţele umane, este incontestabil meritul lui S. Freud. El trebuie considerat, prin sistemul său psihanalitic, punctul de plecare al tuturor metodelor, variantelor acestora, transformărilor sau adaptărilor pe care psihanaliza freudiană le-a suferit în decursul acestui secol.

Rezultatul acestei diversităţi a formelor de gândire, a metodelor sau tehnicilor este atât de diferit, de variat şi de complex, încât astăzi, în perspectiva istorică la care ne referearn, se poate afirma că ne aflăm în faţa unui veritabil *domeniu al psihanalizei* de sine stătător, în care găsim multiple ramuri şi ramificaţii ce îşi trag substanţa din *psihanaliza clasică* a lui S. Freud (A. Fernandez-Zoïla).

Desprinderea unor curente din psihanaliza freudiană s-a produs destul de repede şi a stârnit numeroase şi importante valuri în cadrul mişcării de idei originare. Acest fapt se datorează, pe de o parte, imensului prestigiu ştiinţific şi moral al lui S. Freud, iar pe de altă parte, caracterului aparent dogmatic al psihanalizei.

Reacţia la „desprinderea" de S. Freud a fost atât de puternică, încât a semănat cu un veritabil act de „renegare" atât a maestrului, cât şi a doctrinei. În felul acesta au fost etichetaţi primii „separatişti", drept „disidenţi" ai psihanalizei ortodoxe.

Evoluţia psihanalizei a înregistrat însă două direcţii : o *direcţie conservatoare*, de urmare şi păstrare a liniei trasate de S. Freud, şi o *direcţie de diversificare* a doctrinei, prin adaptarea acesteia la noile necesităţi (psihanaliza copilului, psihomatica, psihoterapiile de grup, psihanalizele sociale etc.).

Cauza fundamentală care a determinat primele disidenţe în cadrul psihanalizei freudiene a fost reprezentată de diferenţa de interpretare a manifestărilor vieţii sexuale. Este ştiut faptul că S. Freud pune la baza vieţii psihice, ca factor dinamic, viaţa sexuală, pulsiunea sexuală sau libidoul, pe care îşi construieşte întreaga teorie dinamică de explicare a vieţii psihice a individului, atât în stare de normalitate, cât şi în condiţii patologice.

Pentru S. Freud, inconştientul, instanţă unică şi fundamentală a aparatului psihic, *este depozitarul pulsional care, în final, se reduce la pulsiunea sexuală*. Cunoaşterea persoanei echivalează cu cunoaşterea inconştientului acesteia, utilizându-se două metode principale : libera asociaţie şi analiza viselor subiectului.

Abaterile de la „psihanaliza ortodoxă" a lui S. Freud a dus, încă de la început, la descoperirea şi a altor aspecte (nepuse în evidenţă de către fondatorul psihanalizei) *ale vieţii psihice sau ale organizării şi dinamicii aparatului psihic*.

Cele mai vulnerabile puncte ale doctrinei freudiene, care au suferit primele critici, au fost *problema inconştientului*, *natura pulsiunilor*, altele decât cea exclusiv sexuală, *interpretarea viselor*, *complexul Oedip*, *geneza nevrozelor*, modalităţile de utilizare a tehnicii şi noile posibilităţi de *modificare ale curei psihanalitice* în funcţie *de necesităţi şi circumstanţe*.

Se poate vedea din cele de mai sus că, de fapt, ne găsim în faţa unei mari diversităţi de *psihanalize*, toate avându-şi sursa în *freudism*. Nu toate sunt însă „desprinderi" sau „negări" ale freudismului. Multe sunt preluări care dezvoltă freudismul, altele îl adaptează unor noi necesităţi sau domenii etc. În orice caz, ceea ce este important rămâne faptul că toate psihanalizele îşi declară originea în freudism. Toate recunosc inconştientul ca fundament al vieţii psihice, admit teoria pulsiunilor, dar aspectele dinamice şi de metodologie terapeutică, ca şi cele privind obiectul pe care îl vizează le fac să fie diferite. De aici va decurge şi modalitatea de interpretare a rezultatelor, a poziţiilor adoptate în plan teoretic şi cea de aplicare în diferite domenii a tezelor psihanalizei.

Toate aceste aspecte ne îndreptăţesc să vorbim astăzi despre o *diversitate a psihanalizelor* mai mult decât de o disidenţă, întrucât acest din urmă termen, destul de curent, exprimă numai desprinderea iniţială.

Clasificarea psihanalizelor

Pentru a putea înţelege fenomenul de „expansiune" a doctrinei psihanaliste este necesar să facem o clasificare ordonată a tuturor curentelor, metodelor sau doctrinelor care compun acest veritabil câmp al ştiinţelor umane.

Nu pot fi ocolite din această clasificare *sursele psihanalizei*, cele care au contribuit în mod direct sau indirect, dar substanţial, la pregătirea sau la formarea acesteia (P.L. Assoun, A. Fernandez-Zoïla).

O dată constituită psihanaliza, S. Freud atrage numeroşi adepţi, elevi sau colaboratori, interesaţi atât de doctrină, cât şi de metodă. Dar, la un interval de timp destul de scurt, diferenţele încep să apară.

Criza de separare de S. Freud se va produce între anii 1911-1913 şi ea marchează ceea ce este cunoscut în istoria psihanalizei sub numele de „curentele disidente". Este vorba de separarea de S. Freud în 1911 a lui A. Adler, în 1912 a lui W. Stekel şi în 1913 a lui C.G. Jung.

Deşi este considerată din punct de vedere istoric o criză, o „ruptură" în interiorul psihanalizei, astăzi, din perspectiva timpului, putem spune nu numai că psihanaliza freudiană *a rămas*, ci, mai mult chiar, că ea *s-a consolidat* tocmai prin acest proces de diversificare şi difuziune. Faptul, departe de a fi semnul unei slăbiciuni a doctrinei originare freudiene, este tocmai semnul unei viguroase vitalităţi, al capacităţii sale de a prolifera prin diversificarea plastică în raport cu necesităţile impuse de obiect şi circumstanţe. În plus, asistăm la „intrarea" psihanalizei în multiple domenii ale umanului, fapt care oricum trebuia să se întâmple.

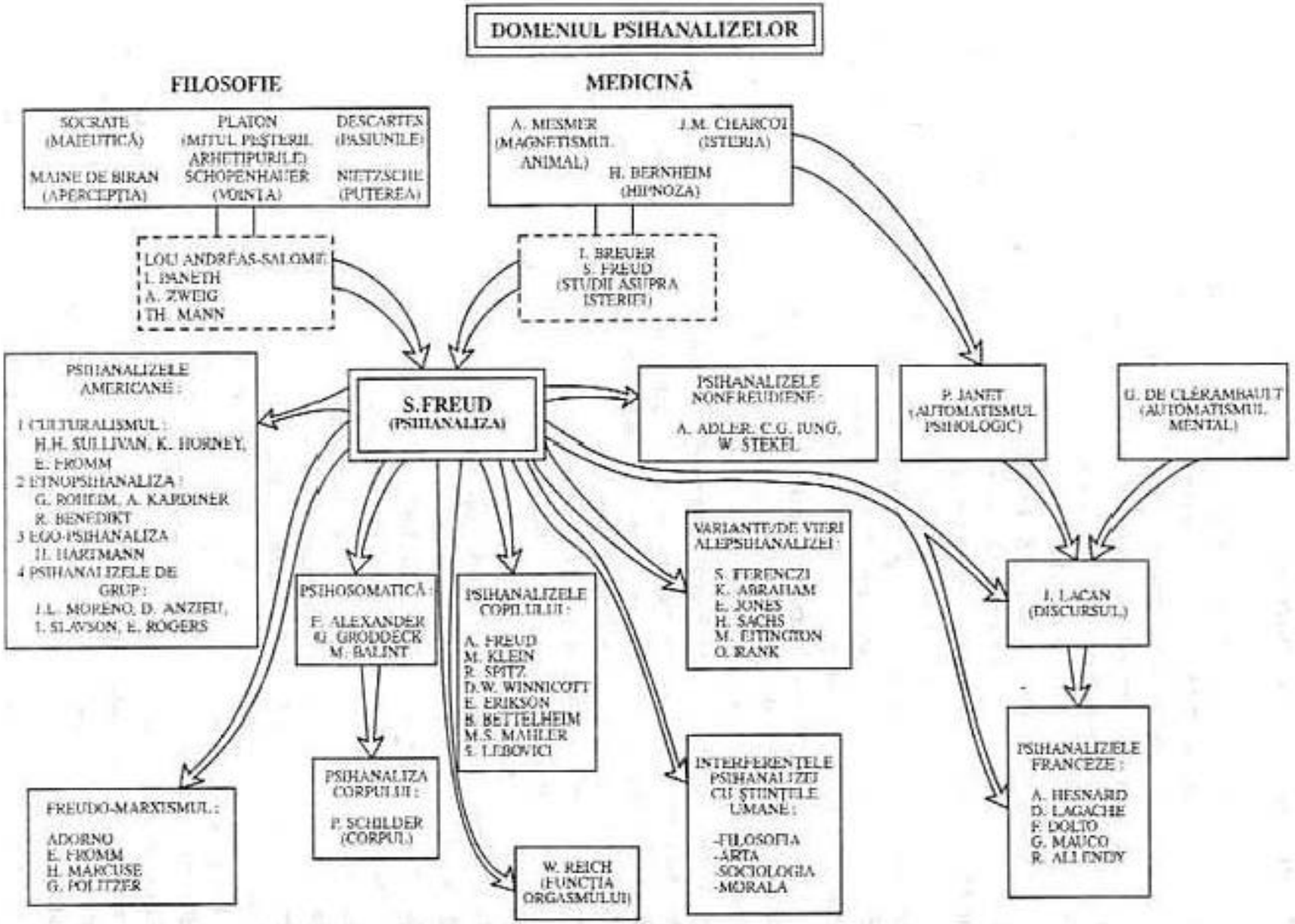
Nu se poate vorbi, prin urmare, de „disidenţă" în psihanaliză, ci, mai exact, de *domeniul psihanalizelor*, aşa cum acceptă astăzi numeroşi specialişti (A. Fernandez-Zoïla). Vom pastra însă termenul de „disidenţă", care marchează criza originară de „desprindere" de S. Freud, pentru a desemna mai precis „mobilul" care a determinat apariţia şi multiplicarea „psihanalizelor".

Aşa cum se prezintă astăzi problema, domeniul psihanalizelor cuprinde o adevărată *familie de discipline umane* care îşi au originea în *psihanaliza lui S. Freud* (vezi planşa anexă). Vom face în continuare o prezentare sintetică a fiecăreia dintre aceste componente ale „familiei psihanalizelor", descriindu-i caracteristicile, scopul urmărit şi diferenţele specifice în raport cu doctrina originară a lui S. Freud.

Din punct de vedere sistematic, în cadrul disciplinelor psihanalizei distingem mai multe grupe, prezentate în schema de la pagina 184.

Este, incontestabil, o schemă succintă, ce reuneşte sintetic domeniile de difuziune şi specializare ale psihanalizei, dar care, concomitent, exprimă multitudinea de domenii în care „penetraţia" psihanalizei a determinat schimbări profunde atât în modalitatea de a gândi obiectul, cât şi în metoda de abordare a acestuia.

În paralel însă cu „psihanalizele" la care am făcut referinţă mai sus, trebuie avute în vedere şi curentele psihanalitice din Franţa. Aici, deşi psihanaliza a pătruns mai


DOMENIUL PSIHANALIZELOR
FILOSOFIE
MEDICINĂ
SOCRATE (MAIEUTICĂ)
PLATON (MITUL PEȘTERII. ARHETIPURILE)
DESCARTES (PASIUNILE)
MAINE DE BIRAN (APERCEPȚIA)
SCHOPENHAUER (VOINȚA)
NIETZSCHE (PUTEREA)
A. MESMER (MAGNETISMUL ANIMAL)
J.M. CHARCOT (ISTERIA)
H. BERNHEIM (HIPNOZA)
LOU ANDREAS-SALOMÉ
I. PANETH
A. ZWEIG
TH. MANN
J. BREUER
S. FREUD (STUDII ASUPRA ISTERIEI)
PSIHANALIZELE AMERICANE:
1 CULTURALISMUL: H.H. SULLIVAN, K. HORNEY, E. FROMM
2 ETNOPSIHANALIZA: G. ROHEIM, A. KARDINER, R. BENEDIKT
3 EGO-PSIHANALIZA: H. HARTMANN
4 PSIHANALIZELE DE GRUP: J.L. MORENO, D. ANZIEU, I. SLAVSON, E. ROGERS
S.FREUD (PSIHANALIZA)
PSIHANALIZELE NONFREUDIENE: A. ADLER, C.G. JUNG, W. STEKEL
P. JANET (AUTOMATISMUL PSIHOLOGIC)
G. DE CLÉRAMBAULT (AUTOMATISMUL MENTAL)
PSIHOSOMATICĂ: F. ALEXANDER, G. GRODDECK, M. BALINT
PSIHANALIZELE COPILULUI: A. FREUD, M. KLEIN, R. SPITZ, D.W. WINNICOTT, E. ERIKSON, B. BETTELHEIM, M.S. MAHLER, S. LEBOVICI
VARIANTE/DE VIERI ALE PSIHANALIZEI: S. FERENCZI, K. ABRAHAM, E. JONES, H. SACHS, M. EITINGTON, O. RANK
J. LACAN (DISCURSUL)
FREUDO-MARXISMUL: ADORNO, E. FROMM, H. MARCUSE, G. POLITZER
PSIHANALIZA CORPULUI: P. SCHILDER (CORPUL)
W. REICH (FUNCȚIA ORGASMULUI)
INTERFERENȚELE PSIHANALIZEI CU ȘTIINȚELE UMANE: -FILOSOFIA -ARTA -SOCIOLOGIA -MORALA
PSIHANALIZELE FRANCEZE: A. HESNARD, D. LAGACHE, F. DOLTO, G. MAUCO, R. ALLENDY

târziu decât în ţările de limbă engleză şi germană, ea s-a impus în cele din urmă, dar a dobândit o configuraţie proprie.

Un prim fapt, care este poate prea uşor trecut cu vederea, este reprezentat de „momentul Pierre Janet". Elev şi colaborator al lui J.M. Charcot, ulterior profesor de psihologie la Collège de France, P. Janet, prin celebra sa teză de doctorat *Automatismul psihologic*, pune, într-o manieră originală şi serios analizată, problema inconştientului. Tezele sale pleacă de la „studiul stării mintale a istericelor", continuând în felul acesta cercetările lui Charcot.

Deşi este o doctrină paralelă cu freudismul, teoria lui P. Janet nu a reuşit să se impună asemenea psihanalizei şi nici să aibă difuziunea acesteia. În schimb, ea a influenţat psihologia şi psihanaliza franceză.

În al doilea rând, studiile de psihanaliză din Franţa sunt marcate de cercetările clinice ale lui G. de Clérambault asupra fenomenelor de automatism mintal întâlnite la bolnavi psihotici, în special schizofrenici. Se poate spune, prin urmare, că psihanaliza franceză are ca surse atât psihanaliza freudiană, cât şi automatismul psihologic al lui P. Janet şi automatismul mintal al lui G. de Clérambault.

Cei mai importanţi reprezentanţi ai psihanalizei franceze sunt A. Hesnard, Allendy, Laforgue, D. Lagache, J. Laplanche, F. Dolto, G. Mauco şi, nu în ultimul rând, J. Lacan. Meritul lui J. Lacan este de a fi preluat atât de la S. Freud, cât şi de la P. Janet şi G. de Clérambault tezele fundamentale din care a reconstituit forma ortodoxă a psihanalizei freudiene, îmbogăţind-o în special în direcţia interpretării discursului psihanalitic.

Prezentarea psihanalizelor (tipuri şi variante)

1. *Psihanalizele nonfreudiene*

Primele curente desprinse din psihanaliza freudiană, socotite la vremea respectivă ca „disidente", reprezintă o veritabilă ruptură de „ortodoxia freudiană". Aceasta s-a produs prin descoperirea şi a altor aspecte ale vieţii psihice, pe care S. Freud nu le inclusese în teoria sa şi care au contribuit din plin la progresul psihanalizei.

Primul care se desparte de S. Freud, în 1911, este A. Adler. El va construi o metodă paralelă cu cea a lui S. Freud, pe care o denumeşte *psihologie individuală* sau *psihologia atitudinii*.

După A. Adler, alături de tendinţele sexuale ale individului, inconştientul mai este animat şi de acele acte ale Eului care apar ca veritabile tendinţe de natură agresivă. Între aceste două instincte ar exista o opoziţie. A. Adler contestă caracterul esenţial al sexualităţii atunci când vede în cazul raportului sexual, de fapt, „instinctul de dominare". Prin urmare, A. Adler aşază în locul „principiului plăcerii", formulat de S. Freud, un „principiu al puterii", opunând în felul acesta teoriei sexuale a lui S. Freud o teorie asexuală, în care libidoul apare ca o formă simbolică a puterii. Aici se poate vedea o influenţă directă a filosofiei lui Fr. Nietzsche.

Copilul se naşte cu acest puternic instinct al „voinţei de putere", care-l îndeamnă să lupte în viaţă pentru a se putea adapta exigenţelor mediului fizic şi social. Instinctul puterii reprezintă tendinţa din care se vor cristaliza, mai târziu, sentimentul personalităţii, identitatea şi valoarea persoanei respective.

La baza activităţii psihice, A. Adler aşază voinţa, reprezentată prin „voinţa de putere", ale cărei atitudini sociale sunt exprimate prin „prestaţia virilă" (masculină), întrucât vitalitatea simbolizează puterea biruinţei instanţelor superioare asupra celor inferioare sau „a celor mari asupra celor mici". Această biruinţă este *însuşi scopul vieţii*.

Al doilea aspect al teoriei lui A. Adler este reprezentat de problema nevrozelor. Orice obstacol în calea acestui instinct personal, animat de „voinţa de putere", ca afirmare a individualităţii faţă de ceilalţi (egotismul persoanei), duce în final la apariţia nevrozelor. Este, de fapt, un conflict între „a voi" şi „a putea", care stă la baza apariţiei nevrozelor. Individul pus într-o stare de inferioritate va face o nevroză, el afirmându-şi „prin boală puterea" ca expresie a unei „protestări virile".

A. Adler susţine că nu *libidoul* este cauza nevrozelor, ci exaltarea sentimentului personalităţii, al propriei valori şi cea a imaginii de sine, printr-o afirmare exagerată a unei „protestări virile". Simptomele nevrotice apar ca un proces de compensare şi de supracompensare psihică a jocului dintre „putere" (plăcere) şi „slăbiciune" (neplăcere). Totul se va exprima în final prin nevroză.

Indivizii cu deficienţe, care le conferă un complex de inferioritate, vor fi supuşi unor permanente contrarietăţi, care îi vor transforma în „temperamente nervoase" sau „nevrotice".

A. Adler consideră defectele de caracter (cruzimea, mitomania, avariţia etc.), dar şi nevrozele, aberaţiile sexuale, activitatea onirică, sublimările, excesele de virtute, *actele de creaţie ca pe nişte structuri de compensare sau de supracompensare ale* voinţei de a putea.

Teoria psihanalitică a lui S. Freud se fundamentează pe tulburarea instinctului sexual. Teoria lui A. Adler este expresia instinctului egoist, individual, de luptă şi de afirmare a puterii virile, instinct care se manifestă încă din copilărie prin următoarele: dorinţa de a fi primul; dorinţa de a „ajunge ceva" în viaţă; teama de cădere şi umilinţa care decurge din ea; teama de boală, de bătrâneţe, de infirmităţi; dorinţa de emancipare de sub tutelă (a adulţilor pentru copii, a bărbatului pentru femeie etc.); dorinţa de a ocupa demnităţi, o poziţie socială înaltă.

Al doilea colaborator care se desparte de S. Freud în anul 1912 este W. Stekel. *Acesta s-a interesat foarte mult de problemele sexualităţii, atât la femeie, cât şi la* bărbat, publicând lucrări interesante şi argumentate, cu o cazuistică extrem de bogată. De asemenea, a elaborat studii interesante referitoare la angoasă şi la psihoterapie.

W. Stekel insistă în mod deosebit asupra importanţei visului şi a simbolismului oniric. Cu toate acestea, deşi are preocupări legate de sexualitate, el consideră că teoria libidoului, aşa cum a fost ea formulată de S. Freud, este o eroare care trebuie corectată.

În ceea ce privește teoria nevrozelor, W. Stekel are o poziție originală. După părerea lui, nevrozele sunt de două feluri, și anume: nevroze cu minus sau hipoenergetice; nevroze cu plus sau hiperenergetice sau parapatii.

În anul 1913, cel ce se desprinde de teoria psihanalitică a lui S. Freud este C.G. Jung, care revizuiește teoria psihanalitică freudiană, susținând că originea fantasmelor onirice nu se află numai în sfera inconștientului individual, așa cum afirmase anterior S. Freud. În concepția lui, sferei inconștientului îi este mai propriu un alt nivel, și anume acela în care sunt depozitate elementele psihice care nu au atins încă pragul conștiinței individului. Această instanță a aparatului psihic reprezintă inconștientul colectiv sau filogenetic. În el sunt depuse toate experiențele ancestrale ale umanității pe care le moștenește fiecare individ. Aceste elemente psihice impersonale, comune tuturor oamenilor, sunt *arhetipurile*.

Geneza arhetipurilor este legată de experiența sufletească a umanității (sacrul, moralul, familia) sub influența fenomenelor de repetiție a naturii (cultul soarelui, al tatălui etc.), pe care le conservă și le exprimă.

Proiecția figurilor arhaice reprezintă „funcția transcendentală a inconștientului colectiv", care este o funcție irațională opusă celei raționale, a conștientului. De aici și antinomia dintre *Eul* conștient și rațional și *inconștientul* irațional.

Plecând de la această constatare și reluând teza *enantiodromiei* lui Heraklit, C.G. Jung ajunge la concluzia că „orice tendință caută să se transforme în contrariul ei". Astfel, tendința rațională și constructivă a culturii tinde să se transforme în contrariul ei – care este distrugerea irațională, războiul.

Imaginile parentale au dat naștere la cultul strămoșilor și al părinților. Ele sunt legate de un anumit *imago arhetipal*, reprezentat prin *anima* și *animus*. Raportul dintre *anima* și *animus* duce la formarea complexelor ideoafective, ca expresie a unor conflicte cu caracter ancestral.

În ceea ce privește problema *persoanei umane*, diferențele care apar între teoria psihanalitică a lui C.G. Jung în raport cu psihanaliza lui S. Freud se referă la două aspecte: problema nevrozelor și problema libidoului.

În concepția lui C.G. Jung, originea nevrozelor rezidă într-un conflict intrapsihic latent, care determină predispoziția către nevroză a unei persoane. În acest caz, trauma psihică nu reprezintă decât factorul ocazional, declanșator al simptomelor nevrotice ale bolnavului.

În ceea ce privește libidoul, C.G. Jung crede că acesta trebuie desexualizat. Libidoul reprezintă, de fapt, „energia vitală" sau ceea ce H. Bergson numea „elanul vital", instinctul vieții în general. Acesta, în funcție de Eul individual, are două direcții de manifestare: a) instinctul personal (introvertit); b) instinctul sexual (extravertit).

De aici decurg următoarele tipuri de relații: a) obiect-sex, respectiv mediul extern; b) subiect-Eu, respectiv mediul intern.

În continuare, înaintând în mod deductiv de la observațiile de mai sus, C.G. Jung izolează două mari tipuri psihologice (de care am amintit, de altfel, anterior), și anume:

a) *Extravertiții* sunt persoanele care au raporturi pozitive cu realitatea externă, acționează rapid și judecă ulterior.

b) *Introvertiţii* sunt persoane reflexive, meditează înainte de a acţiona şi sunt greu *adaptabili la mediul extern.*

Mergând în continuare pe firul acestei gândiri, C.G. Jung face o serie de recomandări practice în ceea ce priveşte psihoterapia, distanţându-se încă o dată de psihanaliza lui S. Freud.

În cazul extravertiţilor, metoda analitică a lui S. Freud pune accentul pe sexualitate. În cazul introvertiţilor, metoda lui A. Adler caută să canalizeze energia către sublimarea creatoare.

C.G. Jung pune accentul pe conţinutul inconştientului individual şi colectiv, pe vise şi conţinutul acestora, pe complexe.

2. *Psihanalizele copilului*

Primul care aduce în discuţie problemele copilului în sfera psihanalizei este S. Freud. Acesta a descris sexualitatea infantilă, organizarea erotico-afectivă a zonelor erogene ale corpului şi stadiile de dezvoltare psiho-sexuală ale copilului. Tot lui S. Freud îi revine meritul de a fi stabilit natura relaţiilor intrafamiliale dintre copii şi părinţi şi de a fi subliniat importanţa „situaţiei oedipiene".

Anna Freud este însă cea care are prioritate, după S. Freud, în psihanaliza copilului. *Domeniul, deosebit de interesant, este dificil de abordat şi implică numeroase* particularităţi. În primul rând, este problema tehnicii psihanalitice. Copilul nu-şi poate nici aminti şi nici verbaliza propriul său trecut pentru ca analistul să reconstituie boala. De o importanţă deosebită în aceste situaţii este interpretarea viselor, a desenelor sau a povestirilor copiilor. Se insistă, de asemenea, asupra unei anumite „atitudini pedagogice" a analistului faţă de copii.

Psihanaliza copilului se deosebeşte mult de cea a adultului: rezultatele obţinute de la adult nu pot fi aplicate copiilor, criteriile de normalitate sau cele de boală nu sunt valabile. Este subliniat caracterul de „pervers polimorf" al copilului, care este „pannevrotic în esenţă" (A. Fernandez-Zoïla).

Un aspect important în psihanaliza copilului este reprezentat de cuplul „mamă-copil" (D.W. Winnicott). Acest cuplu este indisolubil, mama şi copilul având o experienţă de viaţă comună. Eul copilului se constituie în raport cu cel al mamei sale, de care se va detaşa progresiv până la dobândirea independenţei totale. Referitor la acest aspect, R. Spitz pune problema „carenţei afective" în relaţia mamă-copil, legată de separarea acestora. În acest caz, sunt descrise trei etape: protest, disperare, detaşare. În formele grave este semnalată chiar „depresia sugarului".

Psihanaliza copilului i-a interesat şi pe A. Alder, care s-a ocupat de psihanaliza elevilor şi a profesorilor, pe S. Bernfeld, care se ocupă de adolescenţi, şi pe A. Aichorn, care a studiat delincvenţii. M. Klein studiază faza „pre-oedipiană", stabilind că fantasmele copilului corespund „conţinutului primar al inconştientului" acestuia. Psihanaliza copiilor şi adolescenţilor a constituit un domeniu important şi pentru E. Erikson, M.S. Mahler, E. Jacobson, B. Bettelheim.

3. *Variante ale psihanalizei*

După separarea lui A. Adler, W. Stekel şi C.G. Jung de S. Freud, în jurul acestuia rămâne un grup format din O. Rank, S. Ferenczi, E. Jones, H. Sachs. Dar şi ei se vor „separa" ulterior de S. Freud, creând „variante ale psihanalizei ortodoxe".

Primul care aduce modificări tehnicii de psihanaliză este S. Ferenczi. El vorbeşte de „relaţia psihanalitică", în cursul căreia pacientul devine dependent de analist, ca şi copilul de părinte. În plus, atitudinea analistului va influenţa mult atitudinile pacienţilor, conţinutul fantasmelor acestora şi, în final, rezultatele analizei.

K. Abraham a revizuit stadiile evoluţiei erotico-afective a copilului, pornind de la observaţia clinică către psihanaliză.

E. Jones introduce conceptul de *„aphanisis"* în raport cu libidoul. Pentru el, acesta reprezintă teama de a pierde totul, atât dorinţa sexuală, cât şi capacitatea individului de a se bucura. Pierderea echivalează cu teama de castrare, care este o ameninţare directă la adresa Erosului. Nevrozele, după părerea lui, se caracterizează tocmai prin „lipsa capacităţii individului de a se mai putea bucura".

Un rol important în „îndepărtarea" de Freud îi revine şi teoriei psihanalitice a lui O. Rank. Plecând în studiile sale de la tema incestului, el pune în discuţie „complexul Oedip", subliniind că mult mai important este „traumatismul naşterii", acesta desemnând angoasa naşterii şi a separării copilului de mamă. Ruptura intervine încă din perioada prenatală, prelungindu-se în perioada postnatală. Ideea este continuată cu tema „mitului naşterii eroului".

L. Szondi revizuieşte problema inconştientului şi face o nouă şi interesantă clasificare a pulsiunilor. Această interpretare stă la baza unei metode originale de psihodiagnostic.

L. Binswanger va propune o nouă variantă a tehnicii psihanalitice, pe care o completează cu datele furnizate de teoria existenţialistă a lui M. Heidegger, creând în felul acesta metoda *Daseinsanalyse*.

4. *Psihanalizele americane*

În SUA, psihanaliza pătrunde o dată cu vizita şi ciclul de conferinţe pe care S. Freud le ţine în 1909 la Universitatea Clark.

Psihanalizele americane vor fi dominate de curentele antropologiei culturale, în cadrul cărora se vor diferenţia mai multe orientări:

a) culturalismul, profesat de H.S. Sullivan, K. Horney şi E. Fromm;
b) etnopsihanaliza, la care vor contribui C. Roheim, A. Kardiner şi R. Benedikt;
c) egopsihologia sau psihanaliza Eului, reprezentată prin H. Hartmann, R. Löwenstein;
d) psihodrama lui J.L. Moreno.

5. *Freudo-marxismul*

Acest curent face parte din categoria „parafreudismelor" împreună cu teoria lui W. Reich, cu studiile de psihanaliză aplicate la antropologie, sociologie şi religii.

Freudo-marxismul îşi are originea în Şcoala de la Frankfurt. Interesul pentru marxism îl întâlnim la psihanalişti cum ar fi A. Adler, H. Marcuse etc. Ulterior, se produce orientarea către culturalismul american, mişcarea rupându-se de marxism.

Cei mai importanţi reprezentanţi ai acestui curent psihanalitic sunt: Adorno, E. Fromm, H. Marcuse şi Politzer.

6. *Psihosomatica*

Psihosomatica este, incontestabil, una dintre cele mai importante ramuri ale medicinei care îşi datorează apariţia şi psihanalizei. Relaţiile trup-suflet sunt o temă importantă în psihanaliză, discutată încă de la început, ea fiind prezentă în lucrările lui S. Freud asupra isteriei, dar şi în altele.

Psihosomatica pune în valoare relaţiile somatopsihice în patologie, intercondiţionarea reciprocă a acestora, atât în planul patogeniei, cât şi în cel al terapeuticii.

Contribuţii importante în acest domeniu au adus F. Alexander, G. Groddeck, M. Balint.

O ramură a psihanalizei desprinsă din psihosomatică este reprezentată prin „psihanaliza corpului", fundamentată de P. Schilder.

7. *Psihanaliza artei*

Încă din primele sale lucrări, S. Freud a subliniat valoarea procesului de sublimare în realizarea ocolită a tendinţelor sau a pulsiunilor refulate în inconştient. Formele pe care le pot lua actele de sublimare sunt multiple: visul, actele ratate, jocul, dansul, dar şi creaţia artistică, care îşi găseşte o vastă cale de realizare prin intermediul sublimării.

Arta este considerată, ca, de altfel, şi procesul de creaţie artistică în general, o formă de realizare sublimată a unor tendinţe refulate într-o manieră simbolică. Studii deosebit de interesante şi de ample au fost întreprinse în acest sens de Ch. Baudouin, N.N. Dracoulidés, J. Vinchon.

Un domeniu particular al psihanalizei artei îl reprezintă studiul artei sau al produselor de expresie artistică (desene, picturi, lucrări literare etc.) ale bolnavilor psihici. Acestea pot fi utilizate fie în scop diagnostic şi de evaluare prognostică a evoluţiei bolii (arta psihopatologică), fie în scop psihoterapeutic sau de terapie de tip ocupaţional (art-terapie).

8. *Interferenţele psihanalizei*

Dincolo de aspectele mai sus menţionate, psihanaliza are multiple interferenţe cu alte domenii ale ştiinţelor umane, cum ar fi :

a) filosofia, interpretând concepţiile filosofice în raport cu personalitatea filosofilor care le-au conceput (A. Herzberg) ;
b) sociologia, care aplică metodele psihanalizei la interpretarea faptelor sociale, a relaţiilor interumane etc. (E. Fromm) ;
c) lingvistica şi critica literară utilizează de asemenea metodele de interpretare psihanalitică fie a operelor, fie a personalităţii creatorilor acestora (J. Starobinski, M. Robert, N. Groeben).

Se poate desprinde din cele de mai sus faptul că psihanaliza freudiană stă la baza unor multiple curente de idei, dar şi a unor numeroase metode, care prin marea lor varietate şi difuziune au depăşit sfera psihologiei şi a medicinei, infuzând numeroase domenii ale ştiinţelor umane.

Capitolul 16

Critica teoriei psihanalitice

Postulate generale

Încă de la apariţia sa, psihanaliza a generat dispute, controverse, impunându-se cu *eforturi în lumea medicală. Într-o atmosferă conformistă, dominată de principiile* unei morale riguroase, problema instinctelor, a libertăţii de manifestare a acestora şi, în primul rând, a sexualităţii a stârnit un adevărat scandal social.

Modelul medical de la care s-a plecat în abordarea problemei era reprezentat prin studiul *isteriei*. Mentalitatea construită în jurul acestei afecţiuni cu caracter ambiguu făcea posibilă orice interpretare.

În secolul al XIX-lea, J.M. Charcot (de la Clinica de la Salpêtrière) descrie aspectele formale ale isteriei, tabloul clinic ca manifestare exterioară a acesteia cu tot ceea ce presupune ea. Însă cercetările nu trec dincolo de caracteristicile „patoplastice" ale isteriei.

S. Freud este cel care operează schimbarea, prin abordarea aspectelor interioare ale isteriei. Ce se petrece dincolo de aspectele formal-clinice ale crizelor isterice şi care sunt mecanismul şi semnificaţia acestora? O dată puse aceste întrebări, se deschide perspectiva unei „analize interioare" a istericului, făcându-se în felul acesta trecerea de la boală la individ. Manifestările clinice exterioare ale isteriei sunt expresia unor conflicte interioare situate în sfera inconştientului, în legătură cu pulsiunile nesatisfăcute ale individului. Satisfacerea pulsională reface echilibrul psihic, suprimând manifestările clinice.

S. Freud aduce în prim-planul discuţiei problema pulsiunilor, a inconştientului ca forţă dinamică a vieţii psihice. În plus, stabileşte că întregul conţinut pulsional este reductibil la sau dominat de pulsiunea sexuală, de principiul libidoului. Este firesc ca această teză, chiar dacă ea a fost exprimată în domeniul medicinei, să producă o vie reacţie în societate. Mediile intelectuale, Biserica, morala, familia au ripostat. Ideile psihanalizei tulburau o ordine statuată. Astfel, contestarea teoriei freudiene a psihanalizei s-a născut o dată cu aceasta. Însă psihanaliza a rezistat şi s-a dezvoltat, *tocmai prin valabilitatea ideilor sale. Este contestată formal, dar admisă în fond.* Formal, ea lezează valorile moral-religioase şi socioculturale, dar, prin fondul său, va declanşa o puternică reformă socială de „eliberare" de constrângeri impuse arbitrar.

Mai târziu, S. Freud, într-un articol intitulat „O dificultate a psihanalizei" (1911), va scrie că trei revoluţii i-au produs umanităţii grave traumatisme narcisice, aducând

transformări ale principiilor morale pe care era construită imaginea omului şi a lumii. Prima revoluţie, produsă de teoria lui Copernic, a demonstrat că nu Pământul, ci Soarele este centrul sistemului nostru planetar, Pământul învârtindu-se în jurul acestuia. A doua este revoluţia produsă de teoria evoluţionistă a lui Darwin, care stabileşte că omul nu este creaţia lui Dumnezeu, ci rezultatul unui îndelungat proces de evoluţie, pe calea selecţiei naturale, el descinzând din maimuţele antropoide. Cea de-a treia revoluţie, susţine S. Freud, este reprezentată de psihanaliză, care stabileşte că „centrul personalităţii" nu este Eul conştient, ci inconştientul pulsional, sediul pulsiunilor reductibile la sexualitate, şi că întreaga noastră viaţă psihică este rezultatul „jocului" sau dinamicii acestor pulsiuni care cer imperios să fie satisfăcute. În urma acestor trei revoluţii (cosmologică, biologică şi psihologică), imaginea omului apare profund modificată, fiind deposedată de prestigiul şi autonomia sa.

Acceptată întâi în cercurile medicale, cel puţin ca o curiozitate care tentează, dar şi ca o nouă metodă, originală, de tratament al bolilor psihice, în special al nevrozelor, psihanaliza începe să se extindă. Apar adepţi entuziaşti. Se creează un curent, apoi o veritabilă atmosferă de şcoală. Concomitent însă se produc şi primele contestări. Apar „disidenţele": A. Adler, W. Stekel, C.G. Jung, O. Rank, aceştia fiind cei din primul val.

Prima contestare a psihanalizei nu o refuză ca metodă medicală, ci are în vedere conţinutul său doctrinar sau, mai exact, subliniază „exagerarea exclusivă" a importanţei sexualităţii în dinamica vieţii psihice. Disidenţii menţionaţi vor continua psihanaliza, dar dezvoltând-o în direcţii „neortodoxe" în raport cu forma originară oferită de S. Freud.

O critică argumentată a psihanalizei trebuie să fie bazată pe fapte, iar faptele sunt oferite de „evoluţia ei doctrinară". Aceste aspecte se pot sesiza astăzi, la aproape 100 de ani de la întemeierea ei de către S. Freud (C.B. Clément, P. Bruno, L. Sève, R. Bouveresse-Quilliot şi R. Quilliot, Y. Brès, J. Chazaud, P. Debray-Ritzen, G. Deleuze şi F. Gauttari, E. Fromm, J. van Rillaer, E. Zarifian).

S. Freud construieşte psihanaliza plecând de la *pulsiunile sexuale*, ca factor dinamic al personalităţii. Acestora le opune imaginea simbolică, având valoare arhetipală, a *tatălui primordial al umanităţii* (C.B. Clément, P. Bruno şi L. Sève), între cele două existând o relaţie de rivalitate exprimată prin *complexul Oedip*. Acest complex va deveni axa psihanalizei, formula de explicare a naturii umane, dar şi scopul oricărei terapii. Complexul Oedip este preluat ca temă din mitologia greacă, dar „adaptat" de S. Freud la înţelegerea psihanalitică sau, mai exact, la „interpretarea individului".

Ulterior, S. Freud extinde sfera psihanalizei de la medicină la interpretarea fenomenelor culturale, ale moralei şi religiei, la societate. Din acest moment, psihanaliza încetează să mai fie un domeniu exclusiv medical, devenind, prin extindere, o disciplină care se situează între medicină şi ştiinţele umane. Acum se produce separarea netă între adepţii psihanalizei şi contestatarii acesteia.

Poziţii contestatare

Ceea ce se impută psihanalizei este caracterul acesteia de *ideologie închisă*, de esenţă religioasă, ascunsă sub aparenţa unui raţionalism de factură scientistă. Ea afişează un materialism agresiv şi reducţionist al naturii umane, înlocuind *persoana* cu *discursul*. Interesul este astfel deplasat de la individ la discurs, care devine obiect de interpretare şi din care se vor trage concluzii ce, ulterior, se vor atribui persoanei şi vor fi utilizate în procesul de psihoterapie.

Al doilea aspect este legat de *complexul Oedip*. Există acesta în mod real sau este o „construcţie factice" a lui S. Freud? Întrebarea este de o importanţă capitală, întrucât întreaga viaţă psihică, atât normală, cât şi patologică, face apel la acesta pentru a explica natura umană. Ceea ce este absolut cert constă în faptul că „Oedip"-ul lui Sofocle şi „Oedip"-ul lui Freud sunt similari numai în planul formal, dar ei diferă ca natură, având prin urmare semnificaţii diferite.

S. Freud „înzestrează" individul cu „complexul Oedip", dar în realitate acest complex freudian nu exprimă decât o „confuzie" a statuturilor şi a rolurilor individului în cadrul familiei, raportate la un sistem de cutume morale pe care S. Freud le transpune în psihologie şi psihopatologie. Este speculată, în felul acesta, „rivalitatea dintre tatăl tiranic şi fiul revoltat", în care sesizăm un alt motiv ancestral, „pre-oedipian", cel al „complexului lui Saturn", raportat la aceeaşi rivalitate dintre tatăl devorator şi fiii săi, potenţiali uzurpatori.

Ceea ce se poate imputa, în mod incontestabil, doctrinei lui S. Freud este faptul că aceasta construieşte o *imagine mitologică* a persoanei umane. Important este însă faptul că imaginea respectivă, deşi are o semnificaţie doctrinară, este de fapt un instrument de lucru atât în sensul investigării diagnostice a bolilor psihice, cât şi în cel al acţiunii psihoterapeutice, cu valoare de restaurare a echilibrului psihic.

De fapt, psihanaliza ne oferă un *model de gândire*, plecând de la o anumită *imagine a omului*. Acest lucru este de o mare importanţă şi el nu poate fi contestat de nimeni.

Secolul XX abundă în critici la adresa psihanalizei, dar concomitent asistăm şi la o dezvoltare şi diversificare a acesteia (Laforgue şi Hesnard, Politzer, Merleau-Ponty, Sartre, Baruk, Debray-Ritzen, Castel, Clément, Roustang). Unii consideră chiar psihanaliza ca pe o pseudoştiinţă, asemenea frenologiei lui Gall. Alţii văd în aceasta o doctrină care exprimă aceleaşi tendinţe în psihologie, medicină şi ştiinţele umane ca şi materialismul istoric marxist, cu care văd multe înrudiri.

S. Freud pune însă o problemă esenţială de orientare a gândirii ştiinţifice în psihologie, psihopatologie şi psihiatrie, precum şi în psihoterapie, oferind psihanaliza ca „alternativă la o psihiatrie organicistă" şi, prin aceasta, „umanizând" medicina şi psihiatria, fapt marcat în plus prin intrarea psihoterapiei în arsenalul terapeutic al bolilor psihice (R. Bouveresse-Quilliot şi R. Quilliot).

Importanţa teoriei psihanalitice a lui S. Freud nu poate fi contestată. Ea reprezintă un *model de gândire* şi o *tehnică terapeutică*, dincolo de exagerările şi speculaţiile sale doctrinare.

Metoda de *interpretare a viselor* şi explicarea naturii şi a rolului acestora în viaţa psihică deschid perspective absolut noi, demonstrând că individul, dincolo de aspectele sale reale prin care este „prezenţă în lume", este dublat de „fiinţa subiectivă interioară", sediul dorinţelor, pulsiunilor, fantasmelor, al iraţionalului din om.

Unii critici au văzut în aceasta tendinţa de literaturizare a unei doctrine care se dorea a fi riguros ştiinţifică, plasând psihanaliza în domeniul filosofiei, al culturii, al moralei. Aspectele respective nu pot fi respinse, întrucât psihanaliza recunoaşte numeroase surse din care s-a alimentat la originea sa: evoluţionismul lui Darwin, Haeckel şi psihologia lui Fechner (Sulloway), filosofiile lui Schopenhauer şi Nietzsche (Assoun), tradiţia religioasă a Vechiului Testament (Bakan).

Ceea ce se impută psihanalizei este *distrugerea unor modele* tradiţionale, a unor norme morale, religioase şi culturale cu implicaţii multiple şi profunde în viaţa socială, dar şi în mentalitatea şi comportamentul oamenilor. Toate acestea duc către înlocuirea vechilor *valori* cu *libertăţile individuale*. Astfel, psihanaliza riscă să devină un „ţap ispăşitor" asupra căruia să fie proiectate toate „păcatele lumii".

Un alt aspect pus în discuţie este legat de *universalitatea* psihanalizei, care-şi arogă capacitatea de a explica, dar şi de a oferi soluţii (teoretic) la toate problemele omului şi ale lumii. Se pune în acest caz întrebarea firească: cum poate fi posibil acest lucru? Este mult mai uşor să afirmi decât să combaţi cu argumente. Psihanaliza, de fapt, nu este combătută, ci refuzată, ceea ce este cu totul altceva. Ea nu este respinsă, ci contestată. Sunt aici diferenţe de nuanţă. Cărui fapt i se datorează „refuzarea psihanalizei"?

Ceea ce şochează sau, mai exact, a şocat iniţial societatea a fost faptul că psihanaliza introduce o altă viziune despre om, o altă morală, sfârşind chiar prin a institui treptat o veritabilă şi originală „concepţie despre lume" (*Weltanschauung*). În aceasta trebuie să vedem „şocul psihanalitic". Să analizăm în continuare aspectul.

Homo psihanaliticus

Despre om, Fr. Nietzsche a spus că „este fiinţa cea mai greu de definit". Această dificultate se datorează faptului că omul se schimbă în raport cu concepţiile, cu imaginea şi semnificaţia pe care societatea i le atribuie în diferitele etape istorice. Mai exact, ideile despre om sunt exprimate, după expresia lui M. Foucault, în conţinuturile epistemice specifice ale diferitelor epoci ale umanităţii.

Despre modul în care este conceput omul în psihanaliză am vorbit şi vom reveni atunci când vom relua tema în sfera psihoterapiei. Reţinem deocamdată faptul, exprimat deja anterior, că psihanaliza revizuieşte natura umană şi construieşte o nouă *imagine a omului*. Este ceea ce astăzi a devenit o valoare de circulaţie curentă sub denumirea de *„homo psihanaliticus"* (J.B. Pontalis).

Homo psihanaliticus nu este creaţia lui S. Freud, ci rezultă din experienţa psihanalitică privită ca o sinteză a cunoştinţelor acumulate în acest domeniu. El este un reper, dar şi un model dinamic, centrat pe inconştient şi pulsiuni, în sfera cărora

descifrăm sexualitatea, agresivitatea, maturitatea emoţională, complexele, frustrările, fantasmele onirice etc.

Homo psihanaliticus există şi se manifestă prin pulsiunile sale, în conformitate cu principiul plăcerii şi al constanţei. El este o fiinţă narcisică prin excelenţă. Izolat, el se află în competiţie cu lumea, situându-se, ca destin, între *eşecul nevrotic* şi *succesul narcisic*. Între aceste alternative existenţiale se interpune *sublimarea* cu toate formele sale (vis, artă, joc etc.), care are ca rezultat *planul culturii*, un univers artificial al proiecţiilor fantasmatice compensatorii ale omului, în care el se regăseşte pe sine.

Homo psihanaliticus trăieşte în trei planuri:

a) planul inconştientului pulsional, intrapsihic, iraţional, subiectiv, sfera libidinală a dorinţelor personale;
b) planul lumii externe, cu rigorile ei, cu norme şi cu valori, cu factori de presiune care se opun satisfacerii dorinţelor individului;
c) planul culturii, intermediar între cele două de mai sus, ce cuprinde proiecţia, într-o formă sublimată, a tendinţelor libidinale interne ale individului, în care acesta se regăseşte pe sine şi cu care se identifică.

Centrul sintezei celor trei planuri este Eul conştient şi actual, sediul realităţii, dar şi al conflictelor, imaginea prezenţei persoanei în lume.

Aceste trăsături caracteristice ale lui *homo psihanaliticus* impun un model de viaţă şi o morală diferite de cele anterioare, pre-freudiene. *Morala tradiţională* stătea sub semnul *cenzurii*. Ea reprezenta un sistem complicat şi încărcat de „tabuuri" care normau viaţa individului, dar şi pe cea a comunităţilor umane. *Morala modernă*, rezultat al revoluţiei psihanalitice, stă sub semnul *catharsisului*, al descărcării şi satisfacerii pulsionale, al principiului plăcerii.

Acestea ar trebui să reprezinte un progres pentru umanitate, marcat, în principal, prin lichidarea conflictelor, a tensiunilor şi stărilor complexuale, a situaţiilor nevrotice. *Homo psihanaliticus* este o fiinţă liberă, care *poate* şi *trebuie* să fie conformă cu propriile sale pulsiuni. Realitatea dovedeşte însă contrariul. Creşterea sau lărgirea libertăţii duce la conflicte, sporesc nevrozele, stările de angoasă, agresivitatea (suicidul şi criminalitatea, ca poli ai orientării agresivităţii, către sine sau către ceilalţi), situaţiile complexuale, conduitele sexuale aberante etc. Sunt oare toate acestea consecinţele „revoluţiei psihanalitice"? Într-o anumită măsură, da!

Să insistăm un moment asupra celor doi poli ai conduitelor umane: *reprimarea* şi *libertatea*. Reprimarea este constrictivă, libertatea este deschidere, afirmare. Aici însă intervine un alt aspect esenţial al lui *homo psihanaliticus*, şi anume problema *identităţii* acestuia.

Una dintre manifestările majore ale crizei umane a modernismului (la care, cum menţionam, a contribuit mult şi psihanaliza) este *pierderea identităţii omului*. Identitatea o dau valorile moral-spirituale, religioase şi socioculturale. Ea este rezultatul acţiunii factorilor modelatori familiali, educativi (morali, religioşi, culturali) şi sociali care, acţionând asupra *Eului individual*, construiesc, supraordonat acestuia, *Supra-Eul moral*. Orice persoană este şi se afirmă ca un Eu personal prin valorile Supra-Eului său.

Psihanaliza nu contestă Supra-Eul, dar (deşi îl recunoaşte ca pe o importantă instanţă a aparatului psihic) consideră că el trebuie să fie rezultatul „psihanalizei individului". Nu este exclus modelul, dar acesta este deplasat de la valorile moral-spirituale la cele oferite de interpretarea psihanalitică, din cursul şedinţelor de psihoterapie analitică. Orice „descoperire de sine" efectuată în cursul şedinţelor psihanalitice este diferită de „cunoaşterea de sine" socratică. Descoperirea de sine psihanalitică este o re-interpretare a persoanei din perspectiva propriei sale istorii. Cunoaşterea de sine socratică este formarea omului în conformitate cu principiile şi virtuţile moralei. Diferenţa este evidentă, ca şi consecinţele care decurg de aici.

Morala implică un factor de conştiinţă reprezentat prin responsabilitate, care este suprema cenzură. Ce pot face? Ce pot să-mi doresc? Ce-mi este permis? Libertatea individului trebuie pusă sub semnul responsabilităţii. Individul transferă proiectiv aceste sarcini asupra psihanalistului, considerându-se astfel eliberat de orice responsabilitate.

Homo psihanaliticus este liber, dar singur, iar identitatea sa se raportează la persoana analistului. În acest caz, ceea ce este definitiv închis pentru individ este transcendenţa. Pentru omul pre-freudian, libertatea este normată de responsabilitate. Acesta nu era singur şi identitatea sa se raporta la valorile spiritual-religioase. În plus, angoasa era anulată de perspectiva permanent deschisă a transcendenţei.

Imaginea psihanalizei

Un aspect complementar celui de mai sus care intră în discuţie este reprezentat de „modul în care societatea şi-a încorporat freudismul" (S. Moscovici, J.B. Pontalis). Cercetările practice efectuate de S. Moscovici pun în evidenţă faptul că modelul sociocultural modern este impregnat de psihanaliză, de principiile acesteia. Psihanaliza, oferind o explicare a omului şi a societăţii, a faptelor de cultură, morală, religie, sfârşeşte prin a construi *modele psihologice* noi, care vin să le înlocuiască pe cele tradiţionale.

Deşi societatea tradiţională a resimţit ca pe un şoc psihanaliza, aşa cum spuneam mai sus, ea a sfârşit prin a-i încorpora principiile. *Rezistenţa la psihanaliză*, de care vorbeşte K. Abraham, poate fi interpretată ca un sentiment de frustrare colectivă sau ca un conflict legat de structurile tradiţionale ale modelului Supra-Eului moral. Iniţial, la originea sa, freudismul a fost asimilat obscenului, sfârşind în timp prin a deveni un reper al dispoziţiilor noastre, un model de comportament şi de gândire atât individual, cât şi colectiv (J.B. Pontalis).

Ca mentalitate, asistăm în mod surprinzător la o răsturnare a „complexului Oedip". *Homo sapiens psihanaliticus*, susţine J.B. Pontalis, „crede că ştie răspunsul şi că este capabil, o dată pentru totdeauna, să descifreze orice enigmă". Or, prin aceasta, în mod simbolic, Oedip se identifică cu Sfinxul, căruia, de fapt, îi preia atribuţiile. *Homo psihanaliticus* devine o „problemă" permanentă pentru sine însuşi.

În cazul acestei răsturnări a „situaţiei oedipiene" se produce, de fapt, o „închidere a cercului existenţei". Omul se întoarce la origini. Dezlegând „enigma Sfinxului",

Oedip se identifică cu acesta, dar acest lucru nu rezolvă problema, ci o complică. Din nou apare obsedant întrebarea: *„Ce este omul ?"*. Totul sfârşeşte prin a se învârti în acelaşi cerc. Rezolvarea acestei probleme este dată prin deplasarea de la *persoană* la *limbaj*. Psihanaliza, ca tehnică, se concentrează asupra naraţiunii subiectului, interogaţiei analistului şi interpretării textului narativ. Hermeneutica psihanalizei constă în realizarea acordului dintre *text* şi *inconştientul* pacientului. Prin aceasta, ea creează şi utilizează un *univers simbolic*, pe care-l substituie *simptomatologiei clinice*.

Comunicarea capătă adesea un caracter sau o direcţie dirijate de analistul terapeut. În fapt, asistăm la o întâlnire între două *subiectivităţi*: cea a *pacientului* şi cea a *analistului*. Fenomenul de transfer pozitiv, cu efect terapeutic salutar, rezidă în modul de „dirijare" a intersubiectivităţii din cursul curei.

Aceste aspecte cu caracter individual le regăsim şi în planul colectivităţilor umane, când se pune problema „imaginii sociale" a psihanalizei.

Poate avea psihanaliza un rol social negativ? Poate ea constitui un factor perturbant sau deturnant în sfera relaţiilor sociale (atitudini, opinii, conduite, decizii)? Incontestabil, da. Specialiştii în domeniu au subliniat efectele utilizării metodelor psihanalitice în procesul de *manipulare a maselor*, problemă extrem de serioasă (J.A.C. Brown, E. Fromm, W. Mills, J. Norman, D. Leonard, C. Milosz, R.E. Money-Kyrle, F. Lindley).

Tehnicile de persuasiune, reprezentate de reclamă, mass-media, propaganda politică, spectacolele publice pentru tineret, asociaţii, secte etc., sunt forme care „captează" şi, ulterior, „dirijează" pulsiunile colective, manipulează mentalităţile, stimulează anumite forme de conduită, toate având o finalitate precisă, dictată de interese sociale, economice, politice.

Manipularea maselor poate fi foarte bine asimilată, prin caracterul ei persuasiv, repetat şi însuşit de mase, curei psihanalitice. Este o formă de „canalizare dirijată" a pulsiunilor, emoţiilor şi ideilor colective, creându-se impresia unor „conduite ordonate". Consecinţele constau în transformarea maselor în grupuri vaste, a căror iniţiativă este anulată, fiind înlocuită de „soluţii" oferite circumstanţial.

Din cele menţionate mai sus s-ar părea că *psihanaliza* este unul din factorii care *au declanşat şi întreţin criza lumii moderne. O asemenea afirmaţie ar fi nu numai* exagerată, ci chiar falsă. Este incontestabil faptul că psihanaliza reprezintă o doctrină care a contribuit la transformarea lumii, a omului, la înlocuirea *societăţii tradiţionale* cu *societatea modernă*. Însă a pune în seama psihanalizei „criza lumii contemporane" este mai mult decât o eroare. La vremea sa, S. Freud a pus problema civilizaţiei din punct de vedere psihanalitic, la fel cum a analizat şi religia, morala etc.

A atribui psihanalizei aceste aspecte negative reprezintă o exagerare simplistă. *Psihanaliza a schimbat mentalităţile. Ea a înlocuit fără a avea intenţia de a distruge.* Nu putem, nu trebuie să desfiinţăm psihanaliza pentru a reface societatea, lumea, omul.

Dincolo de toate aspectele amintite, care, pentru numeroase autorităţi ştiinţifice în materie, pot fi imputate psihanalizei, aceasta rămâne şi continuă să se dezvolte prin tot ceea ce are ea pozitiv.

Deşi exagerat de „dilatată doctrinar" şi cu pretenţia de a explica un vast câmp de domenii, psihanaliza oferă o concepţie bine conturată, coerentă despre om, nerezumându-se la aspectele exclusiv psihologice ale acestuia. Poate chiar şi prin „extinderea" sa, psihanaliza a demonstrat că – în plan teoretic – viaţa psihică este mult mai largă, că „atmosfera umanului" nu se circumscrie numai persoanei, ci cuprinde tot ceea ce este în raport cu aceasta.

În plan practic, medico-psihologic, psihanaliza reprezintă „un model" de înţelegere şi reprezentare a persoanei umane, dar concomitent şi o dublă tehnică: de investigare diagnostică, cât şi de intervenţie psihoterapeutică, capabilă să aducă rezultate constante în situaţii ce nu pot fi rezolvate prin alte metode.

Planul care reuneşte aspectele doctrinar-teoretice cu cele medico-psihologice pragmatice este reprezentat de faptul că, înainte de toate, psihanaliza reprezintă un model original de gândire în sfera medicinei, dar şi a ştiinţelor umane, un mod de a pune problema, de a interoga şi de a răspunde la marile întrebări care frământă omul şi societatea. Acesta poate că este lucrul cel mai important.

Secţiunea a II-a

PSIHOTERAPIA

Cea de-a doua secţiune a acestui tratat prezintă aspectele aplicative ale teoriei psihanalitice, în special pe cele legate de psihoterapia afecţiunilor psihice.
După o prezentare a domeniului şi a caracteristicilor generale ale psihoterapiei, sunt expuse în mod sistematic diferitele forme şi tehnici psihoterapeutice. Sunt analizate climatul terapeutic, relaţia medic-pacient şi caracteristicile sale în contextul psihoterapiei, precum şi mecanismele actului terapeutic, vizând restaurarea echilibrului psihic. Prezentarea formelor de psihoterapie începe cu modelul clasic al curei psihanalitice freudiene, variantele acestuia, psihoterapiile bazate pe sugestie, de susţinere şi comportamentale, trecându-se apoi la psihoterapiile de grup, psihodramă, terapiile ocupaţionale şi socioterapiile etc. Un capitol aparte este consacrat actului de consiliere. Secţiunea a doua a tratatului se încheie cu consideraţii asupra profesiunii de psihanalist şi psihoterapeut.

Capitolul 17

Domeniul şi istoricul psihoterapiei

Originea unor concepte

Fiecare ştiinţă, afirmă G. Gusdorf, reprezintă un punct de fixare pentru o perspectivă epistemologică, în contextul global al gândirii la un moment dat. Ideile au caracterul istoric al momentului care le-a produs. Acest fapt implică o redistribuire a geografiei mentale, considerată ca „spaţiu epistemologic". De fiecare dată, noua formă de cunoaştere trebuie să-şi găsească propriul său teritoriu, fie înlocuind faptele de cunoaştere anterioare pentru a-şi putea face loc, fie adăugând un spaţiu ştiinţific nou celui anterior existent. Acesta este cazul *psihologiei*, apoi al *psihiatriei*, al *psihoterapiei* şi, în final, al *medicinei psihosomatice*.

Fiecare disciplină se constituie într-o arie mai mult sau mai puţin întinsă, exercitându-şi influenţa asupra domeniilor vecine. Prima dintre cele enumerate mai sus a fost *psihologia*.

Termenul de *psihologie* aparţine scolasticii universitare a Germaniei lutherane din secolul al XVI-lea, continuând tradiţia tratatului aristotelic *De anima*. Primul care utilizează termenul de *psihologie* pentru a desemna studiul respectiv este Melanchton (1497-1560). Ulterior, Rudolph Goclenius, profesor la Universitatea din Marburg, publică în 1590 un tratat în care afirmă: „Psihologia, adică comentariile şi discuţiile teologice şi filosofice ale epocii noastre asupra perfecţiunii sufletului şi originii omului". Elevul acestuia, Otto Casmann, este autorul unei *Psychologia anthropologica, sive animae humanae doctrina* (1594). Pentru el, psihologia constituie una din cele două părţi ale antropologiei, care mai cuprinde somatologia.

Denumirea de psihologie începe să fie în mod curent folosită de la începutul secolului al XVII-lea. În 1620, J. Boehme publică *Psychologia vera*, o lucrare de eschatologie a sufletului uman, de inspiraţie creştină. Deşi există la această dată, termenul de psihologie nu pare încă generalizat. El lipseşte în scrierile lui Bacon, Hobbes, Locke, Descartes, Spinoza, Malebranche şi chiar la Leibniz. Aceasta ne îndreptăţeşte să credem că existenţa termenului de psihologie nu dovedeşte existenţa unei discipline în curs de constituire.

Desprinsă din sfera ştiinţelor morale, *psihologia* se va constitui ca ştiinţă în raport antitetic cu *somatologia*. *Somatologia*, ca disciplină a corpului uman (anatomia şi fiziologia), are un obiect clar determinat, impunând observatorului certitudinea existenţei sale.

Spre deosebire însă de somatologie, viaţa sufletească, gândirea nu sunt obiectul unei aprehensiuni directe sub specia exterioritătii, ci numai printr-o întoarcere sau o „răsturnare" a evidenţei gândirii, care poate deveni obiect pentru sine (G. Gusdorf). Acest aspect metodologic constă într-un efort de tipul îndemnului la cunoaşterea de sine, al tehnicii de introspecţie ca „privire interioară" în sine însuşi.

Ideile enunţate par să-şi tragă substanţa din tezele augustiniene: *„Noli foras ire, in interiore homine habitat veritas"*. În viziunea Sf. Augustin, confesiunea ca întoarcere către sine devine în final un principiu fundamental al restaurării *ordinii* interioare a fiinţei umane printr-o „psihoterapie dogmatică".

În secolul al XVIII-lea, cuvântul *psihologie* capătă o nouă semnificaţie, mai amplă, prin publicarea de către Christian Wolff (1679-1754) a cărţii sale *Psychologia empirica* (1732). Titlul cărţii este *Psihologie empirică*, aceasta tratând despre „metoda ştiinţifică, conţinând tot ceea ce rămâne îndoielnic în sufletul uman după mărturia experienţei şi deschizând o cale sigură către filosofia practică în ansamblul său şi teologia naturală". *Ulterior, acelaşi autor va publica şi o Psychologia rationalis* (1734), în care subiectul este tratat „după metoda ştiinţifică şi în care tot ceea ce rămâne îndoielnic în sufletul uman după dovezile experienţei este explicat prin esenţa şi natura sufletului, expunând noţiuni utile cunoaşterii naturii". Christian Wolff este acela care va impune recunoaşterea termenului de *psihologie*, ca domeniu şi disciplină ştiinţifică.

Ulterior, Ch. Bonnet (1720-1793) este cel care va introduce în circulaţie termenii de psihologie, psihologic şi psiholog. Boissier de Sauvages include în sfera psihologiei termeni ca *furor*, pasiune, plictiseală, pentru a desemna diferite stări sufleteşti.

În aria anglo-saxonă, psihologia circulă iniţial sub numele de *„pneumatics"* (Locke, Hume), termen ulterior înlocuit cu cel de *„psychology"*. Tot Christian Wolff este cel care a introdus şi termenul de „psihometrie", considerând în felul acesta că, prin intermediul metodelor de investigare matematică, psihologia va deveni un instrument de măsurare a funcţiilor psihice.

I. Kant remarcă faptul că matematica nu poate să se aplice la fenomenele simţului intern şi la legile acestuia, din care motiv, consideră el, psihologia nu va putea niciodată să devină un domeniu cu adevărat ştiinţific.

Un moment esenţial îl reprezintă afirmaţia lui Jean Paul Richter (1770): *„Ich bin ein Ich"* („Eu sunt un eu"), care formulează principiul: „eu exist/eu sunt", principiu inalienabil al unei existenţe care-şi aparţine ei înseşi, conştientă de sine de la naştere până la moarte.

Geneza psihoterapiei nu poate fi separată de cea a psihologiei. Ele evoluează concomitent (G. Gusdorf, F.E. Mueller), ambele domenii având o istorie la fel de interesantă.

Aşa cum spuneam mai sus, primul moment în constituirea psihologiei îl constituie apariţia acesteia în secolele al XVI-lea şi al XVIII-lea. Al doilea moment este reprezentat de progresele conştiinţei medicale (G. Gusdorf, M. Foucault, M. Sendrail). La Mettrie scrie în 1747 următoarele: *„Tout cède au grand art de guérir. Le médecin est le seul philosophe qui mérite de sa patrie; il parraît comme les frères*

d'Hélène dans les tempêtes de la vie. Quelle magie, quel enchantement! Sa seule vue calme le sang, rend la paix à une âme agitée et fait renaître la douce expérience au cœur des malheureux mortels. Il annonce la vie et la mort comme un astronome prédit une éclipse". Medicina nu are numai o valoare biologică, ci şi o valoare morală. Exerciţiul medicinei este el însuşi o psihoterapie. Rolul social al medicului face din acesta moştenitorul teologilor, iar funcţia medicală devine un aspect moral şi psihologic caracteristic unei societăţi civilizate (G. Gusdorf).

Al treilea moment îl reprezintă apariţia unui nou termen – *psihiatria*. Cuvântul „psihiatrie" este creaţia lui Johann Christian Reil, la începutul secolului al XIX-lea, şi desemnează medicina mentală, în scopul separării acesteia de sfera medicinei somatice, generale (J. Starobinski).

Realitatea umană este o problemă permanent pusă în discuţie. *Ştiinţa omului* este o interogaţie a omului despre om. Omul care caută este un om care se caută pe sine şi care se modifică pe măsură ce crede că s-a găsit pe sine. Descoperirile medicale vor duce la separarea bolilor în două categorii: *boli organice*, ale naturii biologice a omului, afecţiunile somatice propriu-zise; *bolile psihice*, ca îndepărtări de la normele sociale, trăite mai mult ca o stare de alienaţie, ca o suferinţă morală şi culturală de către individ decât ca o suferinţă fizică, naturală.

La rândul lor, bolile psihice sunt considerate ca având două subgrupe, şi anume: *o patologie a sufletului*, reprezentată prin *păcat* şi pe care Biserica o tratează prin exorcisme; *o patologie mentală*, reprezentată prin „speciile clinice" ale bolilor psihice propriu-zise (obnubilare, alienare, manie, demenţă, idioţie), tratate de medicină prin *psihoterapie*.

Boala organică, de natură pur biologică, pune în evidenţă simptome ale unor tulburări fiziologice, pe când *boala mentală*, de natură psihică, aduce în discuţie conflictul dintre realitate şi conştiinţă.

Psihiatria va fi aceea care va încerca să restabilească comunicarea cu persoana izolată de lume, ca urmare a alienării psihice. O va face prin intermediul *cuvântului*. Apare în felul acesta *psihoterapia*.

Definiţia psihoterapiei

Actul medical implică un important aspect psihologic, în asemenea măsură încât, dincolo de aspectele obiectiv-biologice, acest aspect subiectiv „emoţional-psihologic" nu poate fi niciodată neglijat. Orice act medical, care vizează restabilirea unor funcţii biologice tulburate, trebuie dublat de o acţiune moral-psihologică a medicului curant, prin aceasta punându-se în evidenţă valoarea psihoterapiei în medicină.

După P. Sivadon, principalii factori terapeutici implicaţi în actul de psihoterapie sunt următorii: destinderea securizantă a bolnavului în faţa pericolului pe care-l reprezintă propria sa suferinţă (relaxarea); exteriorizarea şi comunicarea suferinţei morale (metodele de expresie); regresiunea şi sugestia (metodele hipnotice şi de

sugestoterapie); rezoluţia, ca acţiune asupra lumii imaginarului (visul treaz); dinamica grupului, ca formă de antrenare colectivă (psihoterapiile colective).

Cel care foloseşte primul termenul de „psihoterapie" în istoria culturii este Socrate, la acesta cuvântul având semnificaţia morală de „îngrijire a sufletului" (*„psyché therapeia"*).

A. Lalande dă următoarea definiţie psihoterapiei: „Tratamentul bolilor printr-o punere în acţiune a ideilor, imaginilor, stărilor afective, tendinţelor, voinţei şi a altor fenomene mentale ale bolnavilor" (*igiena sufletului* a lui Feuchtersleben, sugestia, psihanaliza etc.), în scopul restabilirii echilibrului sufletesc şi moral al acestora.

H. Piéron susţine că psihoterapia „este ansamblul de tehnici vizând tratamentul bolilor mintale prin procedee psihice, metode pedagogice, persuasiune, sugestie, psihanaliză". La acestea el adaugă faptul că „psihoterapia individuală se distinge de psihoterapia colectivă, aceasta din urmă cuprinzând – în afara metodelor de reeducare socială – şi terapeuticile ocupaţionale şi ergoterapia".

Pentru Camus şi Pagniez, psihoterapia este ansamblul de metode prin care acţionăm asupra spiritului sau asupra corpului bolnavului prin intervenţia spiritului.

Psihoterapia este tratamentul care operează cu procedee psihologice. Aceste procedee se opun acţiunilor fizico-chimice sau altor forme de terapeutică, acţiunea terapeutică, în cazul acesta, exercitându-se asupra persoanei prin „semnale", şi nu prin influenţe materiale. Nu orice influenţă venită din mediu este luată în considerare, ci numai relaţia care se stabileşte între „terapeut şi pacient".

După L. Binswanger, psihoterapia este exerciţiul medical care nu foloseşte nici mâna, nici instrumente sau medicamente, nici lumină, apă sau aer, electricitate, ci *limbajul uman*, cuvintele prin care un om intră în contact cu altul, acţionând în felul acesta asupra lui.

Aspectele psihoterapiei

Orice psihoterapie presupune câteva aspecte principale, şi anume: obiectul, situaţia *psihoterapeutică, tehnica şi adresabilitatea psihoterapiei. Le vom analiza în continuare* pe rând.

1. *Obiectul psihoterapiei*

Atât pentru psihologie, cât şi pentru psihoterapie, *omul* este o *fiinţă care se semnifică*. Şi aceasta are loc chiar acolo unde el este ascuns sau unde pare absent. De aici şi interesul major care se acordă limbajului, tulburărilor organice ale limbajului şi problemelor lingvistice. Vorbirea este funcţională, fie că este dreaptă sau oblică, coerentă sau disociată, deplasată, condensată, legată sau liberă. Ea este mult mai relevantă pentru structurile existenţei decât toate datele imediate ale conştiinţei. În sensul acesta va trebui să considerăm obiectul psihoterapiei ca fiind reprezentat de om, atât ca prezenţă, cât şi drept co-prezenţă.

În ceea ce privește *atitudinea metodologică*, există două modalități de abordare și de înțelegere ale *omului* : una proprie *științelor naturii*, alta proprie *științelor umane*, antropologiei fenomenologice. Prima vede în om un organism psihofizic, un sistem de funcții de ordin organic legate de procesele naturale, o modalitate de înlănțuire a evenimentelor temporale care-l compun. A doua vede în el ființa personală (persoana umană) care își trăiește propria sa viață și a cărei continuitate se transformă în „istorie personală" sau „psihobiografie", reflectată în câmpul conștiinței sale.

Se clarifică astfel înțelegerea adevăratei naturi a bolilor denumite „psihosomatice" și se elimină confuzia care, în multe privințe, îngreunează înțelegerea condițiilor legate de posibilitatea apariției și de limitele exacte ale fenomenelor psihogene și psihosomatice. De aici și necesitatea de a se stabili distincția clară între *funcția vitală* și *istoria interioară a vieții*.

Înțelegerea abordării metodologice a persoanei umane decurge, prin urmare, din stabilirea distincțiilor dintre sfera științelor naturii și cea a științelor umane, așa cum rezultă din tabelul următor :

Științele naturii	Științele umane
Organism psihofizic	Persoană
Funcție vitală	Istorie interioară a vieții
Boli psihosomatice	Fenomene psihogene

Un fapt este clar. Obiectul psihologiei, al psihopatologiei și psihiatriei, al psihanalizei și psihoterapiei îl reprezintă *omul*, persoana umană. Dar *ce este un om* sau ce semnificație are *a fi un om*?

În sfera psihoterapiei, L. Binswanger se întreabă care psihiatrie poate ca prin *metoda sa să mențină și să restaureze „ființa-om" a persoanei bolnave? Întrucât* ideea de om în psihiatrie derivă din concluziile unei relații interumane specifice, și anume din relația medic-bolnav, rezultă de aici faptul că factorul libertate este absolut esențial. Din acest motiv intră în discuție și problema „naturii" și a „înțelegerii" persoanei psihologului sau a medicului psihoterapeut, problemă raportată la contextul relației menționate. Aceasta este cu atât mai importantă cu cât relația medic-bolnav este o relație particulară de tipul normal-patologic.

În situația la care facem referință, „ființa umană" este o prezență ale cărei *ființă* sau *mod de a fi* au un caracter particular, dictat de situația de boală. Or, această „situație patologică" constituie – sau conferă persoanei – o anumită „prezență" în raport cu modelul normalității. Din acest motiv, pentru L. Binswanger, metoda de analiză a omului atât în psihiatrie, cât și în psihoterapie devine în final o *analiză a prezenței umane* sau un tip de *analiză existențială* (*Daseinsanalyse*). Inspirată din filosofia existențială a lui M. Heidegger, această concepție apreciază că structurile *prezenței persoanei umane sunt structurile „ființei-în-lume"*, *adică ale întâlnirii* bolnavului cu „celălalt", respectiv terapeutul în cadrul relației psihoterapeutice.

2. *Situaţia terapeutică*

Pentru L. Binswanger, psihoterapia este raportul de reciprocitate între anumite fiinţe *umane. Această reciprocitate, care are un scop de restaurare, implică trei aspecte:*

a) o anumită legătură între doi parteneri, respectiv „bolnavul şi psihicul său" şi „medicul şi funcţia sa terapeutică" ;
b) formularea unei direcţii a relaţiei, mergând de la medic, care-şi asumă rolul terapeutic, la psihismul bolnavului, şi niciodată invers, de la bolnav la medic ;
c) confruntarea dintre medic şi bolnav nu se exprimă ca un raport cu aproapele, ci mai mult ca un „serviciu adus unei cauze". Aceasta întrucât „psihicul" nu reprezintă o persoană, ci numai „obiectul însufleţit" sau „funcţia psihică vitală" a bolnavului respectiv.

Se poate conchide de aici că *situaţia psihoterapeutică* implică următoarele aspecte: a) două persoane sunt puse faţă în faţă ; b) cele două persoane se află una faţă de cealaltă într-o relaţie de dependenţă reciprocă ; c) ele se explică una cu cealaltă.

Un ultim aspect care se discută este cel al *distribuţiei rolurilor* în cadrul relaţiei psihoterapeutice medic-bolnav. În acest caz avem de-a face cu următoarele situaţii: a) bolnavul este cel care îi prezintă medicului problemele sale psihice în stare de boală, iar medicul este cel care îi oferă bolnavului serviciile sale terapeutice ; b) direcţia relaţiei medic-bolnav, dominată de funcţia terapeutică, este orientată de la medic către bolnav, şi niciodată invers ; c) relaţia medic-bolnav are semnificaţia unui „serviciu adus unei cauze nobile", o semnificaţie morală, psihologică şi medicală.

3. *Tehnica terapeutică*

Psihoterapia nu este numai o doctrină de tratament al bolilor psihice, ci ea este şi o tehnică cu anumite reguli, caracteristici, indicaţii, contraindicaţii, succese sau eşecuri. Orice tehnică în sfera psihoterapiei implică anumite aspecte esenţiale, cum ar fi : a) o sumă de tehnici specializate ca mod de acţiune ; b) simpatia terapeutului care, cunoscând „răul" sau starea de boală, poate ajuta bolnavul să se reconforteze ; c) cunoscând cauzele şi prognosticul bolii, terapeutul poate ajuta bolnavul să iasă din dificultăţile în care acesta se află.

Pe baza celor expuse mai sus, se poate reformula, într-o manieră mai amplă, definiţia psihoterapiei. În sensul acesta vom afirma că psihoterapia este o conversaţie faţă în faţă, în care o persoană care a primit o formaţie psihologică încearcă, în mod conştient, prin mijloace verbale, să ajute o altă persoană sau un grup de alte persoane să-şi modifice atitudinile emoţionale socialmente inadaptate şi în care subiectul este relativ conştient de reorganizarea personalităţii sale.

4. *Adresabilitatea psihoterapiei*

Ca metodă, psihoterapia are o adresabilitate specifică, dictată de anumite situaţii în care acţiunea sa poate avea efecte pozitive. Aceste situaţii sunt următoarele : a) bolile psihice, în special cele de natură psihogenă, reacţii, nevroze etc. ; b) tulburările somatice de tipul tulburărilor funcţionale fără un suport organic, afecţiunile psihosomatice etc. ; c) dificultăţile de adaptare familială, şcolară, profesională, conjuncturală etc. ; d) situaţii emoţional-afective particulare ; e) conflicte psihice permanente sau ocazionale care se manifestă în viaţa cotidiană a persoanei, în relaţiile acesteia cu anturajul etc. ; f) tulburările de comunicare ale persoanei cu ceilalţi.

Istoricul psihoterapiei

Originile psihoterapiei se confundă cu originile morale ale religiilor şi miturilor. Istoria psihoterapiei este, într-o anumită privinţă, o „istorie culturală" a vindecării, care îşi are originea în miracole şi parcurge un lung drum până la etapa ştiinţifică a psihologiei şi psihanalizei actuale.

O interesantă frescă culturală a psihoterapiei ne este oferită de Homer în *Iliada*. Nebunia lui Achile, reacţia melancolică furibundă a acestui erou după despărţirea de Briseis şi apoi ca urmare a morţii lui Patrocles, tovarăşul său de arme, sunt tratate de cântecele, mângâierile şi vocile femeilor. Muzicoterapia este, la Homer, prima formă a psihoterapiei, fiind cunoscută şi de Orfeu, poetul-zeu trac.

Tot din aria culturală a vechii Elade ne este cunoscut medicul mitologic Melapos, care le tratează şi le vindecă pe fiicele lui Proteus, ce se credeau transformate în vaci de zeiţa Hera (delir de posesiune, crize isterice), prin incantaţii şi cu ajutorul unor droguri extrase din plante.

Însă cel care vorbeşte primul de „psihoterapie", ca având semnificaţia de „tratament al sufletului" sau de „îngrijire a sufletului", este Socrate. În dialogul său cu Charmides, Socrate, vorbind despre bolile sufletului, spune că acestea se tratează cu vorbe bune şi blânde, cuvinte frumoase, muzică, linişte, odihnă. Această artă, spune Socrate, a învăţat-o de la un trac, Zalmoxes, care fusese sclavul şi discipolul lui Pitagora. Aceste idei ale lui Socrate le regăsim şi în alte dialoguri platonice (*Gorgias*, *Protagoras*).

Ulterior, în epoca clasică, întâlnim la Roma o formă de psihoterapie derivată din filosofia morală a stoicilor. Aceasta era *tehnica consolaţiei* şi era utilizată ca suport moral al persoanelor aflate în situaţii de doliu, depresie, deznădejde etc., acestora explicându-li-se că suferinţa şi moartea sunt două situaţii inevitabile ale vieţii şi că ele trebuie acceptate ca atare, fără a te revolta inutil împotriva inevitabilului. Cele mai remarcabile documente în sensul acesta le regăsim în tratatele filosofice ale lui Seneca (*Consolaţia către Marcia* şi *Consolaţia către Helvia*), dar şi la Marc Aureliu şi Epictet. Pe aceeaşi linie de gândire, demnă de consemnat este opera morală a lui Boethius *De consolatione philosophiae*.

Un caz extrem de ilustrativ şi de tipic de psihoterapie ne este oferit de Biblie în Cartea lui Iov, veritabil scenariu psihoterapeutic desfăşurat în următoarele secvenţe:

a) Iov este un om bogat şi fericit, care aduce slavă lui Dumnezeu;
b) la un moment dat al existenţei sale, Iov este lovit de nenorocire, pierzându-şi întreaga bogăţie, copiii, familia;
c) în această situaţie, Iov face o reacţie depresivă, de adâncă disperare, îşi rupe hainele, îşi acoperă capul cu cenuşă, este atins de ulcere care-i acoperă trupul, provocându-i, pe lângă durerile sale morale, şi dureri fizice atroce;
d) în această stare de mizerie fizică şi morală, Iov este vizitat, pe rând, de patru prieteni, care încearcă fără succes să-l consoleze;
e) suferinţa lui Iov nu este alinată decât atunci când intervine Dumnezeu, care-i vorbeşte „de sus", în calitatea sa de „suprem consolator". Iov înţelege şi-şi acceptă soarta ca fiind o încercare trimisă de Dumnezeu, înclinându-se în faţa hotărârii acestuia;
f) smerenia lui Iov face ca acesta să se mântuiască, suferinţa fiind „o încercare" pe care i-a dat-o Dumnezeu. Iov se va vindeca şi va aduce laude lui Dumnezeu.

Trebuie să vedem în acest episod biblic o atitudine morală în faţa suferinţei, a bolii şi a nenorocirii, pe care omul le poate depăşi prin forţa insuflată de psihoterapia de consolare.

Referitor la aspectele menţionate mai sus, Stachlin consideră că forma primară a oricărei suferinţe este *păcatul*, considerat atât ca vinovăţie religioasă, cât şi morală. Autorul menţionat consideră că sentimentul de culpabilitate al melancolicilor este un vestigiu al intensei convingeri privind pedepsirea păcatelor comise, provenind din cultura unui trecut îndepărtat, penetrată de un profund sentiment religios.

În orice caz, trebuie recunoscut faptul că religia rămâne sursa psihoterapiilor. C.G. Jung afirma că toate religiile nu sunt decât vaste forme de psihoterapie, şi *afirmaţia sa este întemeiată. În sfera religiei creştine notăm două domenii axate* specific pe „tratamentul suferinţelor" atât fizice, cât şi morale: *soteriologia*, ca doctrină a mântuirii, şi *exorcismul*, ca practică de purificare a omului de păcate.

Psihoterapiile apar, se constituie şi evoluează în interiorul *concepţiilor despre om* ale societăţii. La originea lor, concepţiile despre om au două surse: nevoia rezolvării practice a suferinţei prin mijloace de prevenire a acesteia şi păstrare a sănătăţii, iar pe de altă parte, nevoia de valorizare continuă a *Omului* şi a *Vieţii* sale. În sensul *acesta terapiile, în general, şi psihoterapiile, în special, pot fi considerate ca reprezentând* o „parte" din concepţia despre om şi concepţia despre lume (*Weltanschauung*), aşa cum se poate desprinde din schema de la pagina 212 privind originea şi constituirea psihoterapiei.

Din *concepţiile despre om* derivă, pe de o parte, *concepţia despre sănătate*, iar pe de altă parte, *concepţia despre boală*. Ambele au ca obiectiv acţiunea de *„Îngrijire a Omului"*. Să le analizăm pe rând:

1. *Concepţia despre sănătate* priveşte starea de echilibru, de bine fizic, psihic, moral şi social a individului şi grupurilor umane, capacitatea de adaptare şi de conduită

şi acţiune eficiente a acestora. Ea a dat naştere *igienei* şi normelor acesteia, din care s-a dezvoltat ulterior *medicina preventivă*, ce cultivă regulile vieţii normale, în conformitate cu principiile naturii.

2. *Concepţia despre boală* priveşte starea de anormalitate, suferinţa, boala, ca stări de dezechilibru fizic, psihic, moral şi social atât ale individului, cât şi ale grupurilor umane. Boala este alteralitatea dată de modificările patologice raportate la acţiunea unor agenţi patogeni de diferite tipuri (fizici, chimici, biologici, psihologici, sociali), care tulbură echilibrul firesc al individului sau al grupurilor sociale de indivizi. Concepţia despre boală, cuprinsă în *patologie*, a generat *terapeutica*, mai exact „terapeutica medicală", ca domeniu teoretic şi practic de combatere a factorilor sau agenţilor etio-patogenetici şi restaurare a stării de sănătate.

Starea de sănătate şi starea de boală sunt legate între ele de *atitudinea* şi *acţiunea* de *îngrijire a omului*, desprinse tot din concepţia despre om. Îngrijirea, concept cu o sferă foarte largă, se diferenţiază în două direcţii de acţiune practică:

a) *Metodele formativ-educative* (*paideia*), care vizează în primul rând normele de igienă, de păstrare a sănătăţii şi prevenire a bolilor.
b) *Metodele curativ-terapeutice* (*therapeia*), care vizează suprimarea factorilor etio-patogenetici şi restaurarea stării de sănătate pierdute.

Din cele două direcţii de acţiune de mai sus derivă metodele terapeutice empirice, pre-ştiinţifice, în care recunoaştem sursa câtorva domenii net constituite, şi anume:

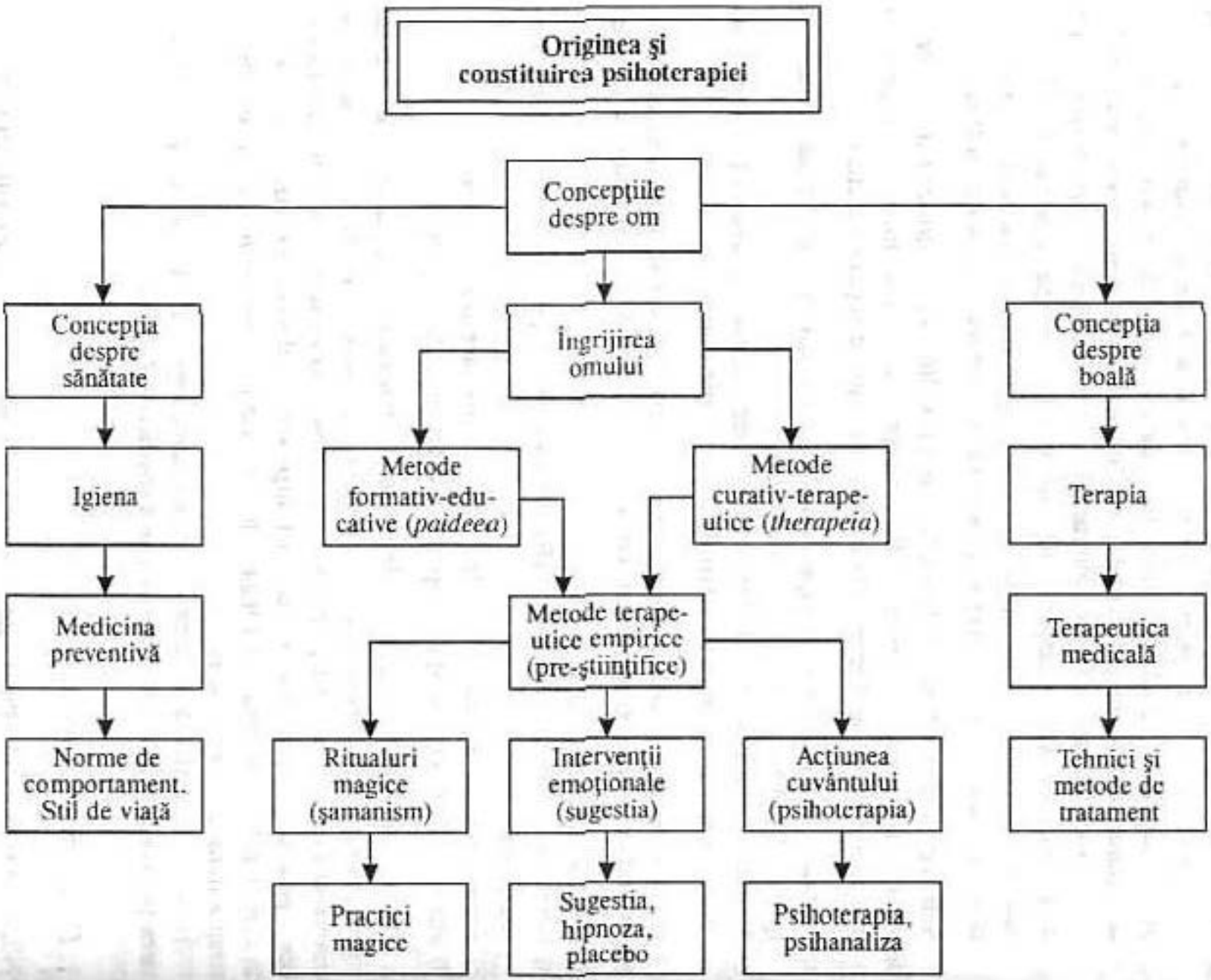
a) ritualuri magice (şamanismul);
b) intervenţii de factură emoţional-afectivă (sugestia, hipnoza, efectul placebo, persuasiunea);
c) acţiunea curativă a cuvântului (consilierea, psihoterapia, psihanaliza);
d) alte metode (jocul, terapia ocupaţională, terapiile de grup etc.)

Dincolo de aspectele *culturale* ale istoriei psihoterapiei, aceasta cunoaşte o etapă riguros *ştiinţifică* în dezvoltarea sa. În general, se afirmă că istoria psihoterapiei este traversată de două curente principale, şi anume: a) aplicarea în scopuri terapeutice a procedeelor psihologice, cum ar fi hipnoza, jocul sau improvizaţia dramatică; b) elaborarea de procedee noi legate de o teorie psihopatologică, cum sunt psihoterapia morală şi psihanaliza.

În perioada modernă, se remarcă trei momente importante în evoluţia şi fundamentarea psihoterapiei ca doctrină şi tehnică medico-psihologică.

1. *De la Pinel la Freud*

Psihiatrul francez Ph. Pinel este cel care a avut ideea de a utiliza psihoterapia ca pe o metodă terapeutică în domeniul psihiatriei. Acesta nu făcea distincţia între boala mintală şi omul bolnav, iar psihoterapia lui era o metodă de terapie predominant morală, vizând atitudinea faţă de bolnavul psihic, condiţiile de spitalizare etc.


Originea şi constituirea psihoterapiei
Concepţiile despre om
Concepţia despre sănătate
Igiena
Medicina preventivă
Norme de comportament. Stil de viaţă
Îngrijirea omului
Metode formativ-educative (*paideea*)
Metode curativ-terapeutice (*therapeia*)
Metode terapeutice empirice (pre-ştiinţifice)
Ritualuri magice (şamanism)
Practici magice
Intervenţii emoţionale (sugestia)
Sugestia, hipnoza, placebo
Acţiunea cuvântului (psihoterapia)
Psihoterapia, psihanaliza
Concepţia despre boală
Terapia
Terapeutica medicală
Tehnici şi metode de tratament

Leuret, în lucrarea sa *Du traitement moral de la folie* din 1840, recomandă metodele psihologice tradiţionale în asistenţa bolnavilor psihici (persuasiunea, intimidarea, consilierea etc.).

Cel care fundamentează o psihoterapie morală este Dubois. Pentru acesta, esenţa tratamentului constă într-o conversaţie zilnică intimă cu bolnavul, care poate aduce mai multe beneficii decât chiar medicamentele utilizate în epocă (cloralul). Pentru Dubois, adevăratul medic face mai mult bine bolnavului prin cuvânt decât cu toate reţetele sale.

Psihoterapia morală a avut o mare influenţă şi extindere în epocă. Déejerine, la Clinica Salpêtrière, a amenajat o sală de psihoterapie în care se desfăşurau zilnic discuţii cu bolnavii. Ele reprezentau o acţiune moralizatoare asupra bolnavului, utilizându-se valorile logice, morale şi estetice necesare restaurării personalităţii sale.

În secolul al XIX-lea se impun metodele care utilizează în principal *sugestia hipnotică*. Aceasta derivă din teoria şi practicile *magnetismului animal* introduse anterior de A.F. Mesmer. Primul care studiază efectele terapeutice ale hipnozei este psihiatrul francez Liébault, de la Nancy. Acestuia îi urmează studiile efectuate la Nancy de Bernheim, iar la Clinica Salpêtrière de la Paris, cele asupra isteriei ale lui J.M. Charcot, devenit o personalitate în epocă.

Cercetările privind relaţiile dintre hipnoză şi isterie au dus la orientări diferite. Diferenţele dintre Şcolile de la Paris şi Nancy sunt următoarele:

a) Bernheim pune accentul pe rolul sugestiei hipnotice în tratamentul simptomelor isterice;
b) Charcot pune accentul pe rolul legăturilor posibile dintre mecanismele psihologice ale isteriei şi efectele hipnozei în procesul de generare prin inducţie sugestivă a simptomelor acesteia.

2. *Descoperirea psihanalizei de către Freud*

Psihanaliza s-a născut din cercetările legate de procesul hipnozei şi de isterie. J. Breuer de la Viena descoperă în secolul al XIX-lea eficacitatea hipnozei în tratamentul isteriei prin efectele sale cathartice, şi nu, aşa cum se considera, prin sugestie. Metoda cathartică constă în utilizarea hipnozei nu pentru a dicta sau a induce bolnavului o anumită atitudine sau opinie, ci pentru a-i permite acestuia să-şi regăsească amintirile traumatice din trecut, aparent uitate, şi să le actualizeze.

S. Freud adoptă teoria şi metoda respectivă, creând psihanaliza. El descoperă că fenomenele de „uitare" ţin în realitate de „rezistenţele" interioare, intrapsihice ale bolnavului şi că, dacă aceste evenimente psihotraumatice rămân cantonate în sfera inconştientului, nefiind accesibile conştiinţei, ele constituie sursa simptomelor nevrotice. Împotriva conflictelor psihice subiectul se apără prin mecanismele de refulare, simptomele clinice ale nevrozei apărând ca elemente refulate.

S. Freud observă că relatarea evenimentelor trecute de către pacienţi are semnificaţie istorică pentru aceştia, iar de aici rezultă câteva aspecte esenţiale pentru cura

psihoterapeutică analitică: libera asociaţie; rezistenţa şi conflictul; transferul; catharsisul.

Toate acestea constituie elementele care concură la configurarea psihoterapiei analitice freudiene. Psihanaliza constituie sursa oricăror forme de psihoterapie, ea punând baza metodologică, dar şi tehnică a acestora.

Psihanaliza constituie forma cea mai largă de reprezentare a metodei psihoterapeutice, la care se raportează majoritatea celorlalte tehnici şi metode de psihoterapie. Se poate spune fără a exagera că momentul „naşterii psihanalizei" coincide cu cel al începutului psihoterapiei ştiinţifice, organizată şi condusă după principii riguroase.

Cercetând etapele de dezvoltare istorică ale psihoterapiei, F. Alexander şi Th.M. Frech remarcă următoarele „momente istorice" importante:

1. *Hipnoza cathartică* este caracterizată prin următoarele aspecte:
   - se consideră că simptomele îşi au sursa în tulburările emoţionale din trecutul bolnavului;
   - evenimentele psihotraumatizante pot fi complet refulate de către conştiinţă;
   - hipnoza descarcă sau eliberează stările de tensiune emoţională, refulate de individ prin abreacţie sau eliberare cathartică.
2. *Sugestia în stare de veghe* se caracterizează prin următoarele:
   - realizarea actului terapeutic prin contactul direct verbal cu pacientul,
   - încurajarea pacientului, de către terapeut, în a-şi aminti şi de a relata evenimentele anterioare.
3. *Libera asociaţie*, ca regulă fundamentală a curei psihanalitice, reprezintă un moment important în dezvoltarea şi fundamentarea acestei tehnici psihoterapeutice şi se caracterizează prin următoarele aspecte:
   - reprezintă un mijloc de deschidere a inconştientului bolnavului fără a-i modifica starea de conştiinţă;
   - favorizează exprimarea liberă a tuturor experienţelor de viaţă ale subiectului, vise etc.
4. *Nevroza de transfer* reprezintă etapa de evoluţie a psihoterapiei prin următoarele tehnici care dezvoltă mecanisme psihologice specifice:
   - transferul, ca formă particulară a reacţiei emoţionale a bolnavului faţă de terapeut;
   - bolnavul transferă asupra terapeutului structurile conduitei sale nevrotice formate din experienţele anterioare, din trecutul său, conflicte, frustrări etc.;
   - nevroza de transfer reprezintă retrăirea de către bolnav împreună cu terapeutul său a „trecutului nevrotic" al acestuia;
   - se realizează actul de „desprindere de trecut", proces prin care bolnavul învaţă să se desprindă în mod treptat de „tensiunile emoţionale" din trecut.
5. *Reeducarea emoţională* reprezintă ultimul moment din dezvoltarea psihoterapiei şi constă în refacerea emoţională (a încrederii în sine şi a autosiguranţei) a bolnavului.

3. *Etapa contemporană*

Psihanaliza, aşa cum a fost ea formulată şi utilizată de S. Freud, reprezintă forma clasică, de referinţă, modelul oricărei psihoterapii.

Dacă psihoterapia morală, în forma sa „moralizatoare", a fost mult modificată faţă de ceea ce era iniţial, ea continuă să supravieţuiască prin variantele de „psihoterapie raţională", dintre care cea mai frecvent utilizată este cea de *consiliere psihologică*.

În prezent, asistăm la o mare dezvoltare şi diversificare a metodelor şi concepţiilor de psihoterapie. În continuare vom enumera numai câteva dintre aceste aspecte, urmând ca ele să fie amplu dezvoltate în capitolele următoare:

a) Metodele de reeducare, derivate din psihologia dinamică, au următoarele forme: educaţia voinţei (Payot); educaţia memoriei şi a caracterului (Vittoz); metode psihanalitice disidente (Adler, Jung, Ferenczi, Alexander).
b) Alte metode sunt reprezentate de: psihoterapiile existenţiale (Binswanger); psihoterapia visului treaz (Desoille); art-terapia; psihodrama (Moreno); psihoterapia nedirectivă (Rogers).

Toate acestea demonstrează diversitatea şi complexitatea metodelor psihoterapiei, precum şi corelaţia strânsă dintre ele şi psihanaliză.

Capitolul 18

Obiectivele şi principiile psihoterapiei

Aspecte generale

Viaţa devine din ce în ce mai complexă şi interdependenţa membrilor societăţii este din ce în ce mai accentuată. Independenţa individuală aproape că tinde să dispară, făcând ca indivizii să depindă tot mai mult unii de alţii pentru a-şi putea asigura elementele de bază ale vieţii cotidiene.

Societatea implică atât *libertate*, cât şi *competiţie*, în cadrul ei fiecare individ căutând să se afirme în raport direct cu propriile sale aspiraţii dominante şi specifice. Oamenii societăţii de astăzi sunt în acelaşi timp prieteni, dar şi rivali, cooperanţi, dar şi concurenţi.

A ajuta omul să-şi găsească locul său în această structură socială de o mare complexitate, fără să devină victima unei „psihonevroze", sau a-l ajuta să-şi vindece aceste inadaptări emoţionale, iată marea funcţie socială, dar şi individuală a *psihiatriei* şi a *igienei mintale* astăzi.

Acest dezacord între „tendinţele sociale" de adaptare/integrare şi „tendinţele antisociale" de inadaptare stă la baza caracteristicilor nevrotice ale omului actual, făcând ca fiecare individ, după expresia lui F. Alexander, să fie „puţin nebun".

Idealurile omului contemporan devin uneori incompatibile cu *realitatea*, declanşând insecuritatea emoţională ce stă la baza tulburărilor nevrotice.

Acest conflict între „dependenţa care reclamă ajutor" şi „rivalitatea independentă" face ca orice conduită să evolueze în două direcţii: a) delincvenţa nevrotică sau criminalitatea; b) bolile psihosomatice.

Cea care vine să „restaureze" echilibrul tulburat este psihoterapia, metodă care „încearcă prin mijloace psihologice să refacă echilibrul emoţional perturbat al unui individ" (F. Alexander).

Un rol important în înţelegerea *bolilor psihice*, dar şi a *metodelor de terapie utilizate îl deţine modelul sociocultural. S-a stabilit faptul că există o relaţie strânsă* între sistemul de valori al modelului sociocultural şi formele de psihoterapie.

H. Helmchen, M. Sinden şi U. Rüger au făcut o analiză comparată în ceea ce priveşte *boala psihică* şi *sistemele terapeutice* în ariile socioculturale ale Occidentului (Europa) şi Orientului (Asia), ajungând la concluzii deosebit de interesante.

Elementul central al ambelor arii culturale la care se face referinţă este *omul* şi, legat de acesta, *potenţialul de sănătate*, ţinând de domeniul *medicinei*, şi *potenţialul*

de boală, ţinând de domeniul *terapeuticii*. Interesant este faptul că, în aria culturală occidentală, accentul se pune pe valorile potenţialului de boală, moartea apărând ca un permanent pericol care planează asupra individului. În aria culturală orientală, accentul cade pe valorile potenţialului de sănătate, viaţa apărând ca preocupare a medicinei. Suferinţa, ca sentiment moral al Occidentului legat de starea de boală, este înlocuită în Orient cu speranţa, ca sentiment moral al valorilor vieţii individului. Din aceste concepţii fundamental diferite derivă şi mentalităţile despre om, atitudinile şi modelele de gândire medicală, morală şi religioasă, precum şi formele de terapie a bolilor şi, nu în ultimul rând, cele legate de psihoterapie. Între concepţia despre lume şi concepţia despre om există o corespondenţă directă în ambele arii culturale, una influenţând-o pe cealaltă. Aceste aspecte se pot urmări în schema de la pagina 218.

În schemă se poate remarca faptul că *omul* este considerat diferit în sfera celor două arii culturale, europeană şi asiatică. În ambele situaţii, *imaginea omului* şi, implicit, *imaginea sănătăţii/bolii* derivă din *concepţia despre lume*.

În *aria culturală europeană*, *omul* este *trup*, fiinţă însufleţită, lucru dovedit de: a) antropologiile fenomenologice şi existenţiale (Heidegger, G. Marcel, M. Merleau-Ponty, L. Binswanger); b) psihologiile europene (psihanaliza, *Gestaltpsychologie*, sugestologia bioenergetică); c) psihoterapie.

În *aria culturală asiatică*, *omul* este o replică a cosmosului, el fiind un *microcosmos* încărcat cu „energii". În cazul acesta, atât reprezentările „lumii", cât şi cele ale „omului" au un caracter globalist şi se regăsesc în diferite practici cu valoare medicală şi psihoterapeutică, de pildă, în: a) yoga; b) tehnicile de meditaţie; c) şamanism; d) acupunctură.

Formele de vindecare psihoterapeutică

Se poate vedea foarte clar faptul că diferenţele care există în legătură cu *concepţia despre om* fac să se deosebească şi *metodele terapeutice*, iar dintre acestea, cele de ordin *psihoterapeutic*.

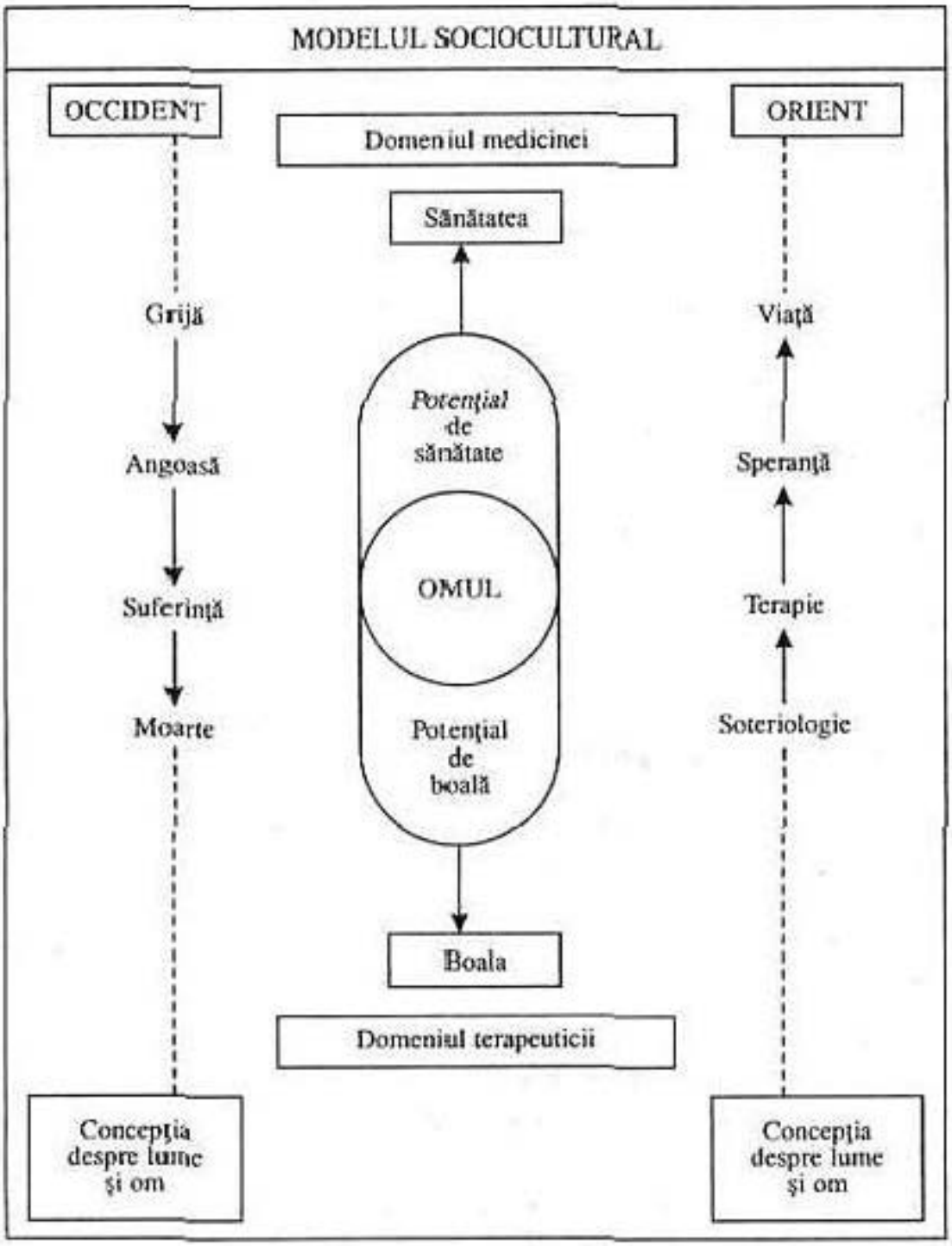
A. Berge distinge două modalităţi de acţiune terapeutică în sfera psihoterapiei, şi anume:

a) acţiunea de regăsire a unităţii prin eliberarea forţei creatoare şi organizatoare a vieţii blocată la nivelul personalităţii;
b) restabilirea integrităţii funcţiei realului prin eliberarea capacităţii acestuia de investire libidinală.

Aceste aspecte fac ca metodele de psihoterapie să se diversifice. Astfel, A. Berge deosebeşte trei căi principale de vindecare, şi anume:

a) *mecaniste sau explicative*, orientate către descoperirea cauzelor răului, pe care caută să le neutralizeze;
b) *simptomatice sau actualiste*, care urmăresc să neutralizeze efectele actuale;

c) *finaliste*, care tind să restaureze continuitatea psihismului şi buna funcţionare libidinală, oferind gândirii sau activităţii scopuri noi şi atrăgătoare, destinate atât să stimuleze dinamismul, cât şi să armonizeze toate tendinţele fiinţei, făcându-le să evolueze în sens convergent. Ca atare, terapeutica finalistă se înfăţişează ca o terapeutică a apetitivităţii, acţionând prin mobilizarea libidoului. Acesta se manifestă în următoarele două direcţii: dorinţa de a fi; dorinţa de a investi.



Mecanismele psihoterapiei

Considerate în general, indiferent de metodele sau tehnicile de psihoterapie utilizate, mecanismele psihologice care stau la baza procesului de vindecare sunt următoarele:

1. *Abreacţia*. Este descărcarea emoţională prin care un subiect se eliberează de afectul legat de amintirea unui eveniment traumatic, ce îi permite să devină sau să rămână patogen. Abreacţia produsă în cursul psihoterapiei poate avea un efect de catharsis.
2. *Simbolizarea*. Reprezintă un travaliu psihic prin care conţinutul pulsional al inconştientului este exteriorizat în sfera Eului conştient. Acesta este produsul inconştientului, după S. Freud. Pentru J. Lacan, în câmpul psihanalizei se disting trei registre: *simbolicul*, *imaginarul* şi *realul*. Simbolicul desemnează ordinul de fenomene structurate ca limbaj pe care le interpretează psihanalistul în cursul psihoterapiei. Simbolizarea este actul de reprezentare indirectă şi figurată a unei idei, a unui conflict sau a unei dorinţe inconştiente de către subiect.
3. *Sublimarea*. Este un mecanism psihic prin care conţinutul pulsional, de regulă de factură sexuală, al inconştientului este realizat sau satisfăcut, pe o „cale ocolită", fiind în felul acesta „deviat" către un scop nou, nonsexual şi, prin urmare, acceptat de realitate.
4. *Catharsisul*. Este mecanismul prin care conţinutul pulsional al inconştientului se eliberează printr-un proces de „curăţire", de descărcare de elementele tensionale, conflictogene, de stări complexuale, de simptome nevrotice etc.
5. *Transferul*. Este procesul prin intermediul căruia dorinţele inconştiente se actualizează asupra unor obiecte în cadrul unui anumit tip de relaţie stabilit cu ele şi, în primul rând, în cadrul relaţiei analitice.
6. *Proiecţia*. Este operaţia prin care un fapt psihologic este deplasat şi localizat în exterior, trecând de la centru la periferie sau de la subiect la obiect. Prin intermediul ei, individul „localizează" în altă persoană sau lucru calităţi, sentimente, dorinţe, obiecte pe care le refuză pentru el însuşi.
7. *Sugestia*. Reprezintă capacitatea de a dezvolta idei, stări afective, reprezentări sau acţiuni la o altă sau la alte persoane, printr-un mecanism de inducţie sau persuasiune.

Principiile psihoterapiei

Mecanismul complex al procesului de psihoterapie, indiferent de metodele tehnice la care facem referinţă, se bazează pe câteva *principii* sau *legi* fundamentale comune. După F. Alexander şi T.M. French, principiile psihoterapiei sunt următoarele: principiul flexibilităţii, principiul experienţei emoţionale, principiul transferului, principiul estimării prognostice, principiul planificării, principiul dinamic sau alianţa terapeutică de lucru. Le vom dezvolta în continuare.

1. *Principiul flexibilităţii*

În psihoterapie, ca, de altfel, în orice formă de terapeutică, medicul trebuie să-şi adapteze tehnica necesităţilor bolnavului. Psihoterapia fundamentată pe principii dinamice (psihodinamice) trebuie să se adapteze la nevoile pacientului în scopul dezvoltării armonioase a capacităţilor acestuia. Ea trebuie să urmărească dezvoltarea de noi structuri şi reacţii emoţionale, nu numai în prezenţa terapeutului, ci în oricare altă împrejurare din viaţa subiectului.

2. *Principiul experienţei emoţionale corective*

Acesta constă în expunerea pacientului la condiţii noi, favorabile dezvoltării unor situaţii emoţionale pe care nu le-a mai cunoscut în trecutul său. El trebuie ajutat în *dobândirea unor experienţe emoţionale corective proprii, care să-i modifice profund* personalitatea, pentru a putea remedia influenţa psihotraumatizantă a experienţelor sale anterioare. Un exemplu semnificativ în sensul acesta, la care fac referinţă majoritatea autorilor, este cazul personajului Jean Valjean din romanul lui V. Hugo *Mizerabilii*.

a) Jean Valjean suferă o profundă schimbare a personalităţii sale prin întâlnirea cu episcopul de la care a vrut să fure.
b) Episcopul îl iartă şi-i dăruieşte tacâmurile de argint furate.
c) Jean Valjean fură moneda unui copil, fără să poată înţelege semnificaţia acestui act.
d) Jean Valjean simte în acest moment că, dacă nu va deveni cel mai bun om, va ajunge să fie cel mai rău.
e) Jean Valjean oscilează între „iertarea episcopului" şi „remuşcarea produsă de acuzarea copilului".
f) În urma acestor situaţii, Jean Valjean suferă un act de „conversiune" sufletească, devenind un alt om.

Se poate afirma, plecând de la analiza succintă a cazului de mai sus, că orice *psihoterapie* este în final un act de *conversiune psihologică* dirijată.

3. *Principiul transferului*

Acesta reprezintă problema dinamică centrală a oricărei psihoterapii. Transferul este repetiţia exactă a unei reacţii anterioare, repetiţia nevrotică a subiectului în relaţia sa cu analistul a unei structuri de comportament impropriu şi stereotip, fundamentat pe trecutul bolnavului.

În cazul transferului, subiectul „proiectează" asupra terapeutului propria sa problematică psihotraumatizantă din trecut, cu efect cathartic.

4. *Principiul estimării prognostice*

Acest principiu conţine, de fapt, indicaţiile pentru psihoterapie şi are două aspecte:

a) estimarea posibilităţilor de a trata prin psihoterapie;
b) alegerea metodei terapeutice.

Ambele aspecte sunt stabilite în funcţie de doi factori, şi anume:

a) capacitatea nativă a individului şi circumstanţele exterioare pe care el trebuie să le înfrunte;
b) modificările posibile pentru adaptarea individului la situaţie, precum şi a situaţiei la individ.

5. *Principiul planificării*

În materie de psihoterapie, orice tratament trebuie să fie cât mai eficace, mai economic şi mai inteligent condus. Din acest motiv, se impune conceperea unui plan de terapie bine adaptat atât persoanei, cât şi necesităţilor sale.

6. *Principiul dinamic*

Acesta priveşte, de fapt, alianţa terapeutică. În ceea ce-l priveşte, au importanţă următoarele aspecte:

a) acţiunea terapeutică trebuie să urmărească adaptarea mediului la nevoile bolnavului;
b) acţiunea terapeutică trebuie să reprezinte tentativa de modificare a structurii personalităţii bolnavului, punând-o astfel într-un raport de armonie cu exigenţele mediului său.

Problema relaţiei terapeutice medic-bolnav

Faţă de cele expuse anterior, F. Alexander stabileşte existenţa mai multor grupe de factori care acţionează specific în cadrul relaţiei *„medic-bolnav"* din cursul psihoterapiei. Aceştia reprezintă *factori terapeutici constanţi* cu acţiune practică în psihoterapie şi trebuie deosebiţi de *principiile psihoterapiei* prezentate mai sus.

Factorii terapeutici generali la care facem referinţă, legaţi de relaţia medic-bolnav, sunt trataţi în cele ce urmează.

1. *Susţinerea afectivă*

Ca urmare a frustrării şi a suferinţei, bolnavul solicită ajutor. El speră că tratamentul îi va aduce o uşurare şi îi va permite să-şi satisfacă în parte nevoile sale regresive de dependenţă.

2. *Susţinerea intelectuală*

Terapeutul este cel ce oferă subiectului său o susţinere afectivă şi reduce angoasa, în sensul că bolnavul dispune de propriile sale resurse intelectuale pentru a-şi putea rezolva problemele practice.

Susţinerea intelectuală şi afectivă există într-o anumită măsură în toate formele de tratament. Ea rezultă din însăşi situaţia terapeutică, cu condiţia ca terapeutul să-i *inspire bolnavului său încredere şi să-l asculte în tot ceea ce acesta spune, cu multă* răbdare şi bunăvoinţă, creând în felul acesta un climat de susţinere şi încredere.

3. *Descărcarea emoţională*

Orice formă de psihoterapie îi permite bolnavului să-şi exprime propriile sale emoţii. Acest fapt reduce tensiunea emoţională şi pregăteşte calea unei mai bune cunoaşteri de sine a subiectului. În felul acesta bolnavul devine capabil să vorbească despre propriile sale probleme cu mai multă obiectivitate şi să le considere retroactiv mult mai critic.

4. *Alte măsuri*

Alte măsuri de susţinere a bolnavului de către psihoterapeut în cursul curei sunt următoarele :

a) stimularea mecanismelor de apărare a Eului, în momentul în care acestea slăbesc ;
b) adoptarea de măsuri represive legate de sentimentul de inferioritate sau de cel de culpabilitate care pot apărea la subiectul analizat.

Clasificarea formelor de psihoterapie

În ceea ce priveşte psihoterapiile moderne, aşa cum am afirmat deja, ele se leagă mai mult sau mai puţin direct de cura psihanalitică clasică a psihanalizei freudiene. Clasificările acestora sunt numeroase, iar ca schemă orientativă vom face referinţă în cele ce urmează la clasificarea cea mai cunoscută (A. Porot). Se disting astfel următoarele forme de psihoterapii :

1. *Psihoterapiile de încurajare* : încurajarea, susţinerea.
2. *Sugestia* : persuasiunea simplă şi persuasiunea dură sau sugestia armată.
3. *Reeducarea*, care cuprinde următoarele : reeducarea funcţiilor efectiv perturbate ; reeducarea comportamentului patologic global ; reeducarea prin terapiile ocupaţionale (munca dirijată sau liberă, distracţiile, sportul).
4. *Psihoterapia abisală, de origine psihanalitică, cuprinde : psihanaliza lui Freud ;* psihoterapia colectivă a lui Jung ; psihoterapia individuală a lui Adler ;

Daseinsanalyse a lui Binswanger; psihoterapia nedirectivă a lui Rogers; metoda visului treaz a lui Desoille.

5. *Psihoterapiile colective*, care cuprind următoarele forme: psihanaliza colectivă; psihoterapia de grup a lui Slavson; psihodrama lui Moreno (psihodrama cuplurilor sau sociodrama de grup).
6. *Psihoterapiile care utilizează luarea la cunoştinţă a corpului*, în cadrul cărora sunt incluse următoarele forme: metoda lui Vittoz; metoda de autorelaxare concentrată a lui Schultz.
7. *Terapiile instituţionale*.
8. *Psihoterapiile aplicate copiilor şi adolescenţilor*.

Capitolul 19

Climatul psihoterapeutic. Relaţia medic-bolnav

Cadrul terapeutic

Cadrul terapeutic în psihoterapie este reprezentat de spaţiul clinic, care cuprinde atât un *spaţiu „vizionar"* de observaţie, cât şi un *spaţiu de ascultare* a discursului bolnavului. În cadrul acestuia se desfăşoară comunicarea dintre *medic* şi *bolnav*.

În spaţiul clinic, medicul „vede" şi „ascultă" suferinţa bolnavului, pe care o converteşte în cunoaştere medicală. Este un act mental de convertire a „simptomelor clinice" în „episteme" medicale.

Bolnavul relatează propria sa suferinţă prin intermediul limbajului, iar medicul „vede" şi „aude" ceea ce spune acesta. În acest fel, spaţiul clinic devine „regiunea în care *lucrurile* şi *cuvintele* nu sunt încă separate, ele aparţinând limitei limbajului în felul de a vedea şi de a spune" (M. Foucault).

A vedea implică o spaţializare, reprezentând *cazul* bolnavului în interiorul căruia se situează boala. *A asculta* implică o verbalizare, constând în limbajul prin care bolnavul îşi exprimă propria sa suferinţă.

Corpul omenesc este spaţiul de repartiţie a bolii, sediul acesteia. El este modul în care sau prin care medicina spaţializează şi fixează boala. Din acest motiv, există o suprapunere spaţială exactă între corpul bolnavului şi boală. Spaţiul de configuraţie a bolii este spaţiul de localizare a suferinţei, medicina suprapunându-le şi unificându-le. De aici va rezulta, ca o concluzie a gândirii medicale, ideea de boală şi clasificarea nosologică a bolilor.

În ceea ce priveşte *spaţiul medical*, acesta poate avea următoarele aspecte:

a) organic, *corporal*, direct vizibil şi cu un caracter concret;
b) subiectiv, *sufletesc*, profund şi invizibil, indirect ca accesibilitate şi comunicabil numai prin limbaj.

Clinica este prima tentativă care şi-a fundamentat ştiinţa medicală pe un câmp perceptiv înţeles ca o veritabilă „experienţă a privirii" (observaţia clinică). Pentru M. Foucault, clinica „implică vizibilitatea bolii ca pe o structură comună în care «privirea» şi «lucrul văzut» se articulează prin punerea lor faţă în faţă".

Privirea, ca act de observaţie medicală, deschide secretul bolii, făcând prin aceasta ca boala să devină penetrabilă pentru percepţie, obiectivând subiectivitatea suferinţei şi făcând-o în final inteligibilă.

În structurile profunde ale vizibilității sau ale „câmpului privirii medicale" rezidă înseşi *codurile perceptive*. Din ele se constituie structurile lingvistice ale *semnelor*. *Simptomul* este forma prin care se prezintă boala; el desemnează o anumită stare patologică, o esenţă morbidă din punct de vedere medical.

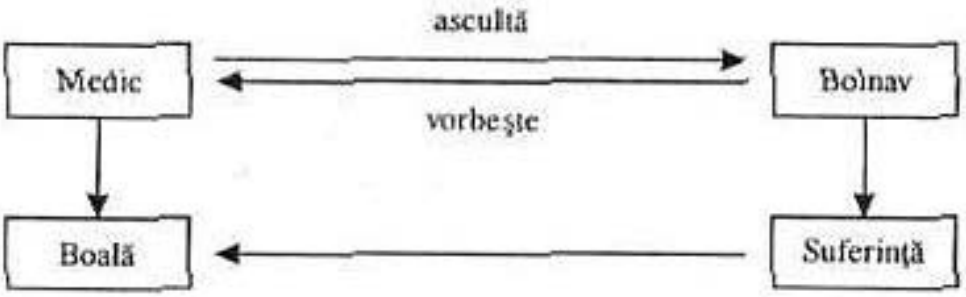
Orice semn clinic poate anunţa următoarele aspecte: a) *diagnosticul* sau ceea ce se desfăşoară în prezent sub privirea medicului observator; b) *anamnesticul*, reprezentând tot ceea ce s-a întâmplat în trecut cu bolnavul respectiv; c) *prognosticul* sau tot ceea ce va veni, ce trebuie să se întâmple sau la care ne putem aştepta în viitor ca rezultat al evoluţiei bolii.

Clinica reprezintă observarea bolnavului, dar şi un act de reflecţie medicală asupra bolii. Din acest punct de vedere, ea se înrudeşte cu filosofia. Clinica şi gândirea medicală sunt câmpul de reflecţie filosofică „vizibilă" asupra patologicului, considerat sub multiplele sale aspecte de suferinţă umană.

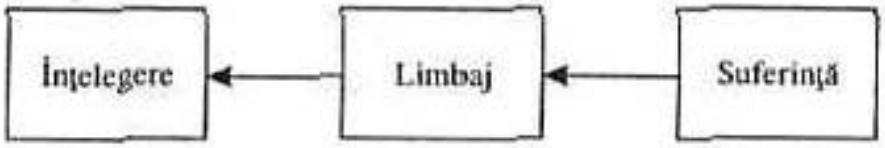
Observaţia clinică este, prin natura sa, o reflecţie vizuală asupra bolnavului, care presupune două domenii: a) *domeniul spitalicesc*, în care se pune în evidenţă faptul patologic sub formă de „caz medical" sau de „tablou clinic"; b) *domeniul pedagogic*, în cadrul căruia observaţia clinică se transformă în cunoaştere medicală, în experienţă medicală aparţinând unui grup format din „maestru" şi „elevi", care dezbat împreună un subiect comun.

La vremea sa, Ph. Pinel distingea mai multe momente ale observaţiei/experienţei clinice, şi anume: a) momentul vizual, constând în observarea stării actuale a bolii sau apariţia simptomelor clinice; b) al doilea moment este legat de semne şi limbaj, respectiv constituirea diagnosticului clinic; c) al treilea moment este tot cel al observaţiei şi priveşte evoluţia clinică a simptomelor bolii; d) al patrulea moment este rezervat tratamentului clinic al bolii; e) al cincilea moment se desfăşoară după moartea bolnavului şi este reprezentat de „vederea directă a bolii" prin autopsierea cadavrului.

În domeniul psihiatriei, cadrul relaţiei terapeutice se realizează printr-o comunicare interumană dintre *medic* şi *bolnav*, aşa cum se poate vedea mai jos:

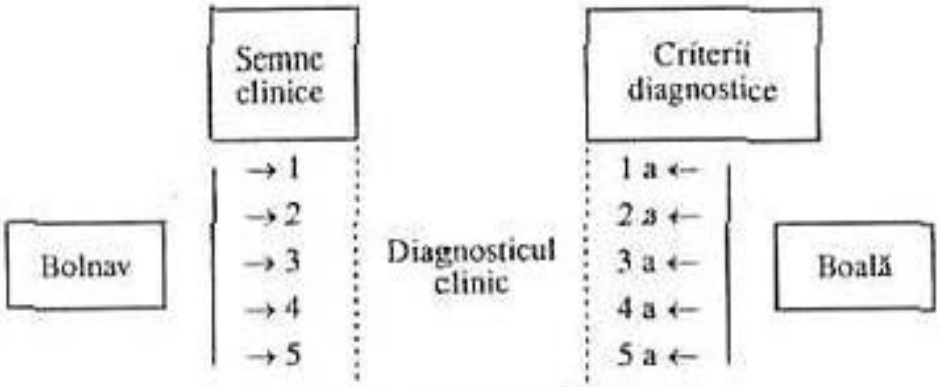


Această relaţie medic-bolnav se desfăşoară după următoarea schemă, care constituie cadrul clinico-psihiatric al unui „spaţiu lingvistic" special:



În cadrul relaţiei medic-bolnav, simptomele clinice enunţate de bolnav sub formă de cuvinte au o semnificaţie lingvistică particulară. Simbolica acestora trebuie dedusă şi descifrată, întrucât în spatele lor se constituie sensul suferinţei subiective a bolnavului, pe care medicul o va converti în structurile „tabloului clinic" al bolii, obiectivând-o.

Atât gândirea medicală, cât şi organizarea şi instituirea tratamentului sunt, din punct de vedere filosofico-metodologic, operaţii fenomenologice şi decurg în felul următor: bolnavul expune un număr de „acuze" subiective sau obiective personale, reprezentând „simptomele bolii", cu valoare semiotică lingvistică. Pentru medic, acestea vor constitui „criteriile" obiective ale gândirii medicale din care, prin selecţie şi ordonare, se va construi o nouă configuraţie, „tabloul clinic". Prin „punerea între paranteze" a grupajului simptomatic acuzat/relatat de bolnav, se realizează momentul „*epoché*", care din punct de vedere al gândirii medicale reprezintă „diagnosticul", aşa cum se poate vedea din schema de mai jos.



Reducţia fenomenologică
(actul de gândire medicală)

Climatul terapeutic

O importanţă deosebită, chiar esenţială în activitatea de psihoterapie o au „atmosfera emoţional-afectivă" sau climatul psihologic care se stabilesc în cadrul întâlnirii dintre medic şi pacient, ele constituind garanţia desfăşurării pozitive, precum şi a rezultatelor favorabile ale oricărui act terapeutic. În scopul obţinerii rezultatelor pozitive dorite, se impune respectarea mai multor condiţii de care depinde un climat psihoterapeutic pozitiv. Acestea sunt următoarele: a) încrederea bolnavului în persoana terapeutului său; b) buna reputaţie a medicului terapeut şi autoritatea recunoscută a acestuia, care conferă o condiţie morală de atragere şi încredere; c) capacitatea medicului terapeut de a capta atenţia şi interesul bolnavului său, în scopul realizării unei comunicări şi colaborări cu efecte pozitive; d) capacitatea medicului de a asculta şi de a pătrunde cu înţelegerea sa personalitatea şi problematica bolnavului; e) crearea unei ambianţe fizice pozitive, plăcute, liniştite a spaţiului terapeutic; f) anumite calităţi psihologice indispensabile unui bun terapeut, caracterizate prin tact, răbdare şi interes, pe care trebuie să le pună în slujba pacientului său în vederea

realizării şi menţinerii unui climat terapeutic pozitiv permanent; g) medicului terapeut i se cere o pregătire profesională temeinică şi o experienţă în acest domeniu, care să garanteze un nivel de competenţă superior; h) alte atribute indispensabile pentru orice medic care practică psihoterapia sunt: un nivel superior de inteligenţă, plasticitatea gândirii, capacitatea de a se adapta la înţelegerea bolnavului şi reacţiile acestuia, toate dublate de o solidă cultură generală, dat fiind faptul că terapeutul vine în contact cu pacienţi de o mare diversitate din punct de vedere al nivelului intelectual, profesional, cultural şi social; i) medicului terapeut i se cere o anumită abilitate în a conduce discuţia cu bolnavul, în a evita „rezistenţele" acestuia, în a crea un climat de înţelegere şi comunicare pozitivă care să favorizeze acţiunile de transfer şi catharsis.

Aspectele enumerate mai sus stau la baza constituirii unui climat psihoterapeutic, favorabil sau negativ, în relaţia dintre medic şi pacientul său. Să facem o succintă analiză a climatului psihoterapeutic.

Caracteristicile climatului psihoterapeutic pot fi expuse sintetic în următoarele aspecte: a) orice climat psihoterapeutic poate avea un caracter pozitiv, de înţelegere şi colaborare armonioasă, sinceră, deschisă între medicul terapeut şi bolnavul acestuia; b) climatul psihoterapeutic poate avea însă şi un caracter negativ, tensional, putând merge chiar până la situaţii conflictuale legate de neîncrederea bolnavului în terapeutul său, de dominarea bolnavului asupra terapeutului, de pierderea de către terapeut a funcţiei directive în cadrul acestei relaţii. În această situaţie apar fenomene negative tipice curei psihoterapeutice, manifestate în primul rând prin rezistenţe sau un transfer negativ, narcisic; c) climatul poate fi deviant sau conflictual, când apar disensiuni între medic şi bolnav; d) prezenţa unor alte persoane în spaţiul terapeutic, diferite de medic şi bolnav, poate parazita activitatea sau o poate tensiona, generând angoase, rezistenţe, suspiciuni sau chiar stări complexuale în cazul bolnavului (culpabilizare etc.); e) o altă formă de compromitere a climatului psihoterapeutic este dată de inversarea rolurilor în cadrul relaţiei terapeutice. Dacă bolnavul îl va domina pe medic, direcţia este deturnată dinspre bolnav către medic, creându-se o situaţie confuză, cu efecte negative; f) climatul psihoterapeutic mai poate fi compromis în cazul în care acesta va avea un caracter formal, superficial, discuţia dintre medic şi bolnav devenind sterilă, nefiind axată pe problematica psihologică a pacientului, sau când medicul va trata cu dezinteres persoana bolnavului, cu o notă de aroganţă sau, ceea ce este şi mai grav, va urmări să dobândească un profit material din partea bolnavului, neglijând în felul acesta actul terapeutic propriu-zis.

Medicul şi pacientul

Aşa cum se poate desprinde din cele expuse mai sus, climatul terapeutic se constituie prin întâlnirea şi comunicarea dintre medic şi bolnav, ca un tip de relaţie sufletească intimă, particulară, de o mare subtilitate, extrem de nuanţată şi variabilă, de care depinde în cea mai mare măsură succesul sau eşecul terapeutic. Rezultă de aici importanţa care trebuie acordată analizei relaţiei dintre medic şi pacient.

Prima condiţie care trebuie respectată în cadrul unei autentice relaţii medic-pacient este ca medicul să dispună de aptitudinea de a-l asculta şi de a-l înţelege pe bolnavul său. După M. Balint şi E. Balint, există două modalităţi de înţelegere a bolnavului de către medic, şi anume:

a) *Înţelegerea intelectuală*, specifică ştiinţelor exacte pozitive. Este o modalitate de „înţelegere raţională". În acest caz, emoţiile nu joacă nici un rol, activitatea de înţelegere intelectuală desfăşurându-se într-un climat riguros obiectiv.

   În medicina somatică, bolnavul este, de regulă, considerat ca un „mecanism fizico-chimic de factură biologică" şi care trebuie „depanat". În această situaţie, atenţia şi interesul medicului se centrează asupra restabilirii mecanismelor fiziologice alterate ale corpului bolnavului.

b) *Înţelegerea emoţională este însă mult mai complexă decât cea precedentă. Ea este* mult mai nuanţată şi are un caracter de intimitate. Acest tip de înţelegere a bolnavului nu se bazează pe analiza cazului, ci pe reciprocitatea comunicării între două persoane: medicul şi pacientul său. El presupune o apreciere fină din punct de vedere psihologic din partea medicului a emoţiilor şi trăirilor bolnavului, precum şi o apreciere a atitudinii bolnavului faţă de problemele sale sufleteşti.

Tehnicile psihoterapeutului sunt fundamentate pe înţelegerea de către acesta a persoanei bolnavului, în primul rând în plan emoţional. Din acest motiv, înţelegerea de tip emoţional are două aspecte, şi anume: o înţelegere de tip *personal* şi o înţelegere de tip *profesional*. Să le analizăm în continuare.

Înţelegerea personală a bolnavului de către medic este în relaţie cu „educaţia personală". Aceasta, cum se ştie, este o „eroare posibilă", mai mult sau mai puţin gravă, care influenţează elasticitatea tehnicii psihoterapeutice (S. Freud, S. Ferenczi). Este un fapt acceptat cât timp se menţine în limitele normalului, având un caracter de „subiectivitate admisă".

Înţelegerea profesională a bolnavului este legată de nivelul de stăpânire de către medic a tehnicii psihoterapeutice. Este o atitudine simplistă, reducţionistă aceea de a accepta de la început că „celălalt" (bolnavul) este o persoană anormală. Acest fapt va împiedica în mod considerabil atât desfăşurarea, cât şi realizarea obiectivelor propuse de actul terapeutic. Din acest motiv, este absolut obligatorie, încă de la *începutul curei psihoterapeutice, stabilirea următoarelor aspecte legate de bolnav:* a) dacă bolnavul şi suferinţa acestuia au fost corect etichetate din punct de vedere al diagnosticului; b) dacă tehnica psihoterapeutică care urmează a fi aplicată a fost *bine aleasă în raport cu necesităţile cazului; c) dacă psihoterapia este bine condusă.*

În acest caz se impune nu numai o înaltă competenţă profesională, ci şi un spirit autocritic deosebit din partea medicului terapeut. În cazul în care aceste aspecte sunt *neglijate, se va constitui „mitul terapeutului perfect"*, care va conduce către forma arhetipală a „mitului eroului", idealizând în felul acesta persoana terapeutului, generând fantasme şi încărcând emoţional-afectiv bolnavul cu noi situaţii de dependenţă *şi complexuale. Toate aceste aspecte menţionate vor face ca psihoterapia să fie deturnată* în direcţia unui exorcism magic, şi nu a unui act de restaurare medico-psihologic.

Înţelegerea emoţională a bolnavului se dovedeşte a fi esenţială. Ea implică *tactul*, care este „capacitatea de a intra în sentimentele altuia" (Loewenstein). Trebuie ca, în condiţiile impuse de situaţia psihoterapeutică, să „ghicim" nu numai sentimentele bolnavului, ci şi tendinţele acestuia care-i sunt încă neclare sau complet necunoscute sau, altfel spus, să clarificăm problematica acestuia. Din cunoaşterea aspectelor respective se constituie o veritabilă „experienţă personală". Importante sunt următoarele două aspecte: a) înţelegerea bolnavului şi cunoaşterea acestuia, exprimate prin diagnosticul clinic; b) intervenţia exercitată de terapeut asupra bolnavului sau actul psihoterapeutic propriu-zis.

Lipsa de tact poate avea consecinţe neplăcute sau poate chiar compromite actul terapeutic, care va fi abandonat în primul rând de către bolnav, deoarece acesta nu găseşte o punte de comunicare cu medicul său. Astfel, un alt aspect important care intră în discuţie este dat de *stilul comunicării* dintre medic şi bolnav. Psihoterapia utilizează comunicarea prin limbaj, instrumentul terapeutic fiind *cuvântul*. Esop spunea că limbajul este cel mai bun şi totodată cel mai rău dintre lucruri: cu ajutorul limbajului mintim, spunem adevărul sau consolăm.

Importanta sarcină care îi revine medicului în sfera practicii psihoterapeutice din punctul de vedere al responsabilităţii morale şi profesionale impune o pregătire serioasă de specialitate în prealabil, aptitudini, dar şi o stare de echilibru emoţional şi stăpânire de sine.

Aceste aspecte au făcut ca, încă de la începuturi, să se recomande medicilor ca orice act terapeutic să înceapă cu ei şi abia apoi să se treacă la practica psihoterapiei pe bolnavi. Celebrul dicton *„Medice cura te ipsum"* se verifică perfect în această situaţie.

Este bine ca, înainte de a deveni psihoterapeut, persoana ce va fi investită cu această calitate să fie supusă unei cure psihanalitice. Aceasta va reprezenta o cale de „autocunoaştere", făcându-l în final pe medicul respectiv „disponibil" pentru a practica la rândul său psihanaliza ca psihoterapie.

Orice comunicare dintre medic şi bolnav în cursul şedinţelor de psihoterapie este un act de decodificare a simbolurilor lingvistice şi de convertire a acestora în simptome psihice. Este vorba, aşa cum se va arăta mai departe, de un veritabil act de „hermeneutică psihanalitică".

Faptul psihoterapeutic

Elementul central asupra căruia trebuie concentrată relaţia medic-bolnav este reprezentat prin actul psihoterapeutic. În sensul acesta, trei elemente contribuie la realizarea psihoterapiei: a) o investigaţie psihologică a bolnavului, pe cât posibil mai riguros ştiinţifică; b) o reglementare mai mult sau mai puţin strictă a procedeelor tehnice utilizate de psihoterapie; c) o anumită artă sau talentul şi intuiţia personală, care trebuie să intervină în mod subtil, din partea medicului, în planul subiectivităţii bolnavului, influenţând reaţiile intersubiective dintre acesta şi pacientul său. Aceste elemente pe care se fundamentează faptul psihoterapeutic fac ca urmarea lui să fie redarea echilibrului psihic bolnavului respectiv (A. Berge).

Relaţia dintre medic şi pacient este considerată din punct de vedere medico-psihologic o „întâlnire" de factură particulară. M. Balint şi E. Balint insistă asupra diferenţelor dintre formele de „întâlnire" dintre terapeut şi bolnav după cum terapeutul este medic *sau psiholog. Situaţia ideală se produce atunci când persoana psihoterapeutului întruneşte* ambele calităţi: de medic psihiatru şi de psiholog. Autorii menţionaţi fac o comparaţie între „dinamica psihodiagnosticului cu teste", practicat de psihologi, şi „întâlnirea psihiatrică", practicată de medicul psihiatru. Se remarcă astfel următoarele aspecte:

a) *Psihologul* oferă subiectului său un test standardizat, iar între psiholog şi subiect existenţa „testului" creează o separaţie netă ca timp şi spaţiu.
b) *Psihiatrul are însă mai multe roluri, destul de vagi şi nestandardizate, care din* acest motiv sunt percepute mult mai vag de către pacientul respectiv. În activitatea sa, psihiatrul trebuie să stabilească o atmosferă pozitivă, convenabilă în relaţia cu bolnavul; să acţioneze asupra persoanei acestuia ca un joc de stimuli; să înregistreze răspunsurile bolnavului la stimulii oferiţi; să evalueze răspunsurile bolnavului.

Rezultă din cele de mai sus că, în ceea ce priveşte atribuţiile psihologului şi ale *psihiatrului, acestea nu sunt contradictorii, ci, dimpotrivă, au un caracter de comple*mentaritate. Pentru a scoate în evidenţă aspectul, vom expune în continuare rolurile diferenţiate atât ale psihologului, cât şi cele ale medicului psihiatru.

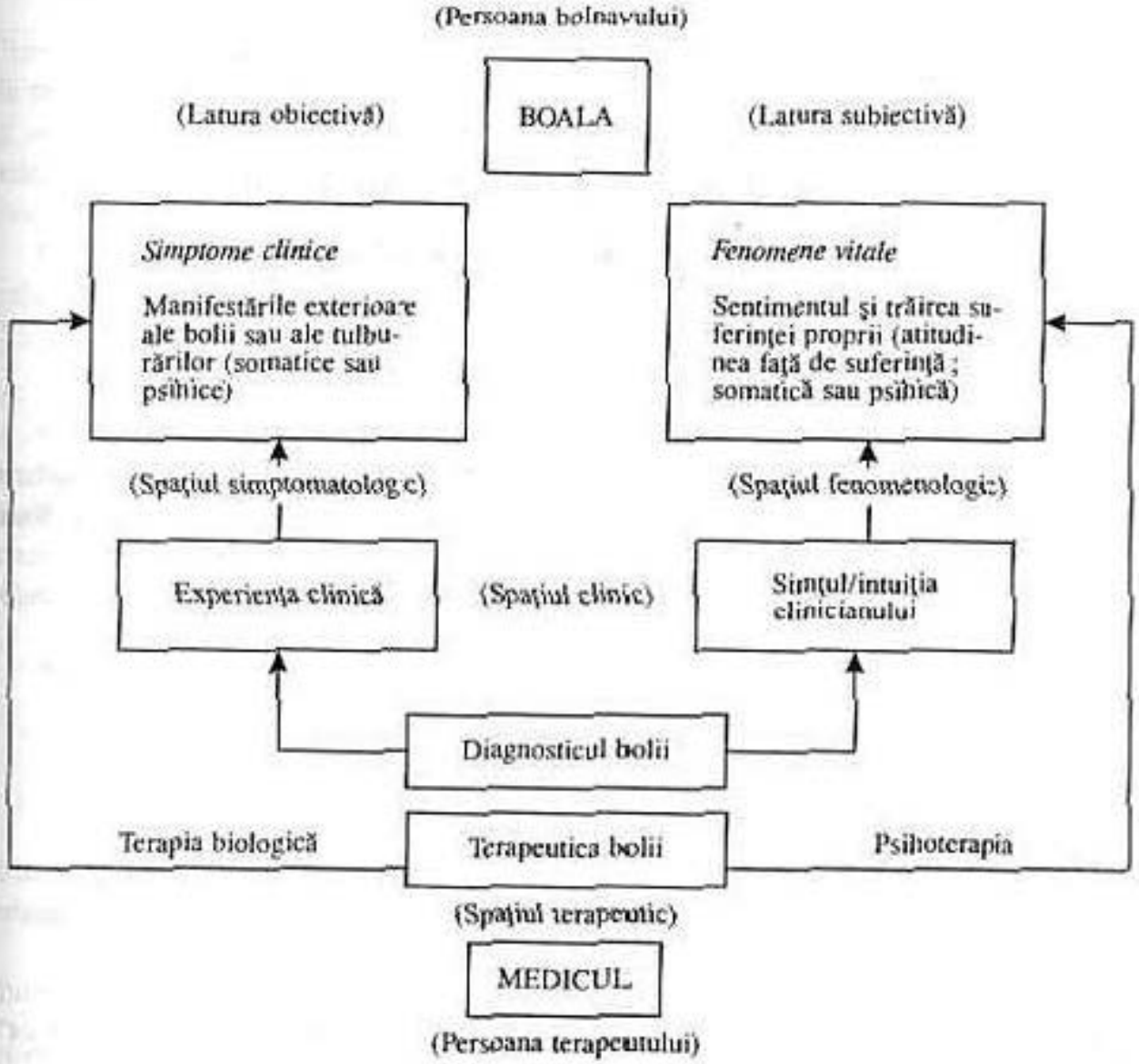
Rolurile psihologului în actul terapeutic sunt reprezentate prin următoarele: pregătirea bolnavului; administrarea testului; înregistrarea răspunsurilor bolnavului la test; evaluarea acestor răspunsuri; conceperea şi validarea testelor psihodiagnostice.

Astfel, în mod aparent, răspunderea profesională şi intervenţia psihologului sunt limitate, el fiind un specialist care asistă şi precedă activitatea terapeutică propriu-zisă a medicului psihiatru.

În ceea ce priveşte *rolurile medicului psihiatru* în actul terapeutic, acestea sunt reprezentate prin următoarele: pregătirea bolnavului; crearea unei atmosfere propice desfăşurării comunicării; alegerea şi prezentarea stimulilor; organizarea planului întrevederilor; stabilirea ordinii, a duratei şi a ritmului şedinţelor de tratament; interacţiunea dintre transferul bolnavului şi contratransferul medicului curant; *intervenţii şi interpretări ulterioare; adoptarea unor tactici mobile care să permită* modificări pe parcurs ale programului de terapie iniţial stabilit, în funcţie de noile situaţii care pot apărea; înregistrarea rezultatelor şi formularea concluziilor; stabilirea criteriilor de valoare ale întâlnirii; înregistrarea şi coroborarea rezultatelor cu datele oferite de examenele organo-biologice sau cu cele de ordin clinico-psihiatric; încheierea interviului, concluzii şi sfaturi.

Rezultă din cele de mai sus faptul că răspunderea care revine medicului psihiatru din punct de vedere medical, dar şi psihologic şi moral este majoră. El acţionează în mod direct, total şi absolut asupra persoanei bolnavului, având ca obiectiv precis obţinerea vindecării acestuia.

Prin urmare, relaţia psihoterapeutică medic-bolnav are un caracter deosebit de complex şi nuanţat. O vom prezenta sub o formă sintetică în schema următoare.



Capitolul 20

Psihoterapia analitică freudiană (introducere în tehnica psihanalitică)

Cadru general

La întrebarea: „Ce este psihanaliza?", S. Freud răspunde: „O conversaţie între două persoane. Nimic nu se întâmplă în afara faptului că aceştia vorbesc". Trebuie adăugat însă la acest „schimb de cuvinte" şi „sistemul de referinţă" al celui care „ascultă" (medicul) şi „discursul" celui care „vorbeşte" (bolnavul). Sistemul de referinţă cuprinde următoarele:

a) recunoaşterea fenomenelor inconştientului;
b) transferul;
c) rezistenţa.

Această *întâlnire dialogică* a fost numită de S. Freud *psihanaliză*.

Pasiunea lui S. Freud de a înţelege psihicul uman, de a descoperi ceea ce se află dincolo de „suprafaţă", în „profunzimile" acestuia, apare ca o influenţă a curentului de gândire romantică germană, preluată prin F. Nietzsche (P.L. Assoun).

Interesat de problema *inconştientului*, S. Freud va conştientiza relaţia care există între *Eu* şi *Sine*, făcând ca în felul acesta „psihanaliza să introducă ordine în haos" (S. Freud). Al doilea moment îl reprezintă elaborarea conceptului de *transfer*.

La întrebarea: „Ce este transferul?", S. Freud răspunde că toate fenomenele de transfer nu sunt altceva decât „copii ale tendinţelor şi fantasmelor care trebuie aduse în planul conştient ca urmare a efortului de progres al analizei, având drept trăsătură caracteristică înlocuirea unei persoane anterior cunoscută de pacient cu persoana actuală a *medicului*".

Se poate considera că, prin transfer, „un număr considerabil de stări psihice anterioare sunt re-trăite de subiect nu ca situaţii trecute, ci ca situaţii prezente, în cadrul raporturilor actuale care se stabilesc cu persoana medicului" (S. Freud).

Pentru S. Freud, rolul tehnicii psihanalitice este de „a descoperi şi izola transferul. Transferul este un fenomen general, care decide succesul oricărui tratament în care intervine influenţa medicală". În sensul acesta, procesul analitic este caracterizat prin „lupta pacientului care se cramponează de vechile obiecte, transferul reprezentând tendinţa bolnavului de a le depăşi" (A. Haynal).

Relaţia psihanalitică

Tema de referinţă în psihoterapie este reprezentată de relaţia psihanalitică. Acest tip de relaţie se realizează în interiorul cuplului format din terapeut (medic sau psiholog) şi subiectul său (pacientul). Trebuie avut în vedere faptul că „situaţia psihanalitică este un important instrument terapeutic" (R. Greenson). În cadrul relaţiei psihanalitice au importanţă mai multe aspecte, care vor fi analizate în continuare.

Prima problemă care se pune este „ce cere psihanaliza de la pacient". În această privinţă, sunt discutate trei aspecte: *motivaţia, capacităţile, trăsăturile de personalitate şi de caracter.*

a) *Motivaţia.* Numai un pacient puternic motivat poate colabora intens, direct şi în mod deschis cu terapeutul. Motivaţia este şi condiţia care menţine o anumită perseverenţă în interiorul relaţiei psihanalitice.
b) *Capacităţile.* Dintre toate formele de psihoterapie, psihanaliza este cea care impune cele mai multe exigenţe pacienţilor. Ea impune suportarea privaţiunilor, a frustrărilor, angoasei şi depresiei, elemente inerente care apar în cursul situaţiei psihanalitice. Toate acestea reclamă din partea pacientului efortul de a pune în joc funcţii antinomice ale Eului, de a oscila între acestea şi de a le asocia: regresiune şi progres; afirmativ şi pasiv; a renunţa la control sau a-l menţine; a renunţa la realitate sau a o conserva.
c) *Trăsăturile de personalitate şi caracter.* Motivaţiile şi capacităţile pacientului îi permit acestuia să pună în valoare, în mod activ, trăsăturile sale de personalitate şi de caracter, contribuind în felul acesta la efortul lichidării propriilor sale probleme psihologice şi redobândirea stării de echilibru sufletesc.

A doua problemă, complementară celei de mai sus, este reprezentată prin „ce cere psihanaliza de la terapeut". Pentru practicarea psihanalizei, terapeutul trebuie să experimenteze anumite procedee tehnice atât pe pacient, cât şi pe sine însuşi. În sensul acesta, se cer psihanalistului următoarele calităţi: un înalt nivel de cultură; un mare nivel de inteligenţă; un inconştient accesibil şi comprehensibil; obligaţia strictă de a fi fost el însuşi supus anterior unei cure psihanalitice pentru a se autocunoaşte, dar, în egală măsură, pentru a-şi fi rezolvat propriile sale probleme psihologice.

Să analizăm, în continuare, calităţile care se cer unui psihanalist.

a) *Înţelegerea inconştientului.* Prima calitate a unui psihanalist este aptitudinea de a traduce gândurile, sentimentele, fantasmele, pulsiunile şi comportamentele conştiente ale bolnavului său, deducându-le din analiza semnificaţiei limbajului simbolic al acestuia. Aceasta se datorează faptului că sensul simbolic al limbajului bolnavului exprimă conţinutul inconştientului său, respectiv problemele sale psihologice. Terapeutul este obligat să „simtă" ceea ce se ascunde în spatele acestui limbaj şi să-i descifreze sensul.

b) *Comunicarea „conţinutului discursului" către pacient.* După ce terapeutul analist a înţeles prin empatie, intuiţie şi analiză teoretică semnificaţia „materialului discursiv-narativ" oferit de către pacient, el trebuie să comunice acest „conţinut" bolnavului său. Comunicarea conţinutului „analizat" este cheia rezolvării conflictelor psihologice ale bolnavului. În sensul acesta trebuie avute în vedere *următoarele aspecte: ce trebuie spus pacientului; cum îi va comunica* terapeutul pacientului problemele sale; când trebuie să i se spună pacientului aceste lucruri.

c) *Facilitarea dezvoltării nevrozei de transfer şi alianţa travaliului.* Una din calităţile care i se cer terapeutului în cadrul situaţiei psihanalitice este de a stabili cu pacientul său o relaţie susceptibilă de a produce atât o „nevroză de transfer", cât şi o „alianţă de lucru" (R. Greenson). În sensul acesta, analistul trebuie să îndeplinească următoarele exigenţe fundamentale, dacă urmăreşte în mod sincer să favorizeze dezvoltarea unei „nevroze de transfer" la pacientul său: trebuie să-şi frustreze în mod continuu pacientul aflat în căutarea unui reconfort nevrotic; *trebuie să adopte o atitudine neutră şi anonimă; trebuie să asigure un anumit gen* de colaborare cu pacientul, respectiv o „alianţă de lucru" cu caracter cooperant. O bună cooperare în cursul psihanalizei implică următoarele condiţii: terapeutul să facă dovada că ia în serios şi înţelege toate cuvintele şi gesturile bolnavului, neetichetându-le ca superficiale, banale, exagerate sau respingătoare; să existe o coparticipare la suferinţa sau problemele acestuia; terapeutul să fie un ghid psihologic pentru pacient; să respecte cu stricteţe demnitatea bolnavului; să aibă în vedere faptul că relaţia analitică are un caracter extrem de fragil şi complicat şi de aceea trebuie întreţinută cu mult tact.

d) *Trăsăturile de personalitate şi caracter ale analistului* au un rol esenţial în *realizarea cu succes a curei terapeutice. Acestea sunt următoarele: experienţă* profesională bogată şi diversificată; un temperament echilibrat; sensibilitate sufletească; posedarea unui sistem de valori morale pozitive, capabil de a-l mobiliza şi pe care să-l poată transmite pacientului; un nivel superior de inteligenţă; capacitatea de a înţelege subiectul, de a intra în intimitatea sufletească a acestuia; capacitatea de a putea comunica liber cu bolnavul.

e) *Motivaţiile psihanalistului.* Conduita şi gândirea omului sunt rezultatul unei interacţiuni între tendinţele pulsionale, constituţie şi experienţă. Se consideră că trei sunt principalele componente motivaţionale ale actului analitic, şi anume: analistul este cel care culege, interpretează şi comunică înţelesul conţinutului *textului narativ al bolnavului; analistul este obiectul nevrozei de transfer a* bolnavului; analistul are faţă de bolnav funcţia de medic.

Faţă de cele de mai sus se pune întrebarea firească: ce cere psihanaliza de la cadrul terapeutic pe care-l reprezintă?

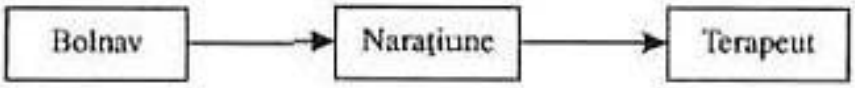
Cadrul analitic desemnează dispozitivul fizic şi procedeele curente ale practicii psihanalitice care fac parte integrantă din procesul de analiză. Cadrul analitic facilitează apariţia diferitelor reacţii de transfer.

Întâlnirea dintre *terapeut* şi *bolnav*, cu caracter de activitate regulată, după o ordine stabilită în prealabil şi respectată, face să crească angajarea emoţională a ambelor părţi. Prezenţa şi utilizarea *divanului* fac să se dezvolte regresiunea, ca şi „poziţia culcată", ce este o moştenire a psihanalizei din perioada în care S. Freud mai utiliza încă în mod curent tehnica hipnozei.

Bolnavul culcat pe divan ocupă o „poziţie inferioară" în raport cu poziţia analistului. În aceste circumstanţe, *libera asociaţie* este o invitaţie la regresiune şi vis.

Materialul psihanalitic

Ceea ce se urmăreşte să se obţină imediat în cursul şedinţelor de psihanaliză este *materialul psihanalitic*. Acesta este format din relatările bolnavului făcute terapeutului său. Este vorba de un *material narativ*, reprezentând fragmente, mai mult sau mai puţin coerente, din *istoria individuală* a pacientului, conform schemei de mai jos:



Această „naraţiune" cuprinde deci „istoria personală" a bolnavului respectiv, în care acesta îşi „povesteşte" propria sa psihobiografie din trecutul cel mai îndepărtat până la data întâlnirii cu psihanalistul. În acest context narativ, pacientul este „personajul" evenimentelor relatate. Treptat însă, în cursul şedinţelor psihanalitice, bolnavul începe să se desprindă, să se detaşeze de „personajul" care este, situându-l precis în contextul narativ, ce devine treptat „istoria vieţii personajului" care a fost bolnavul.

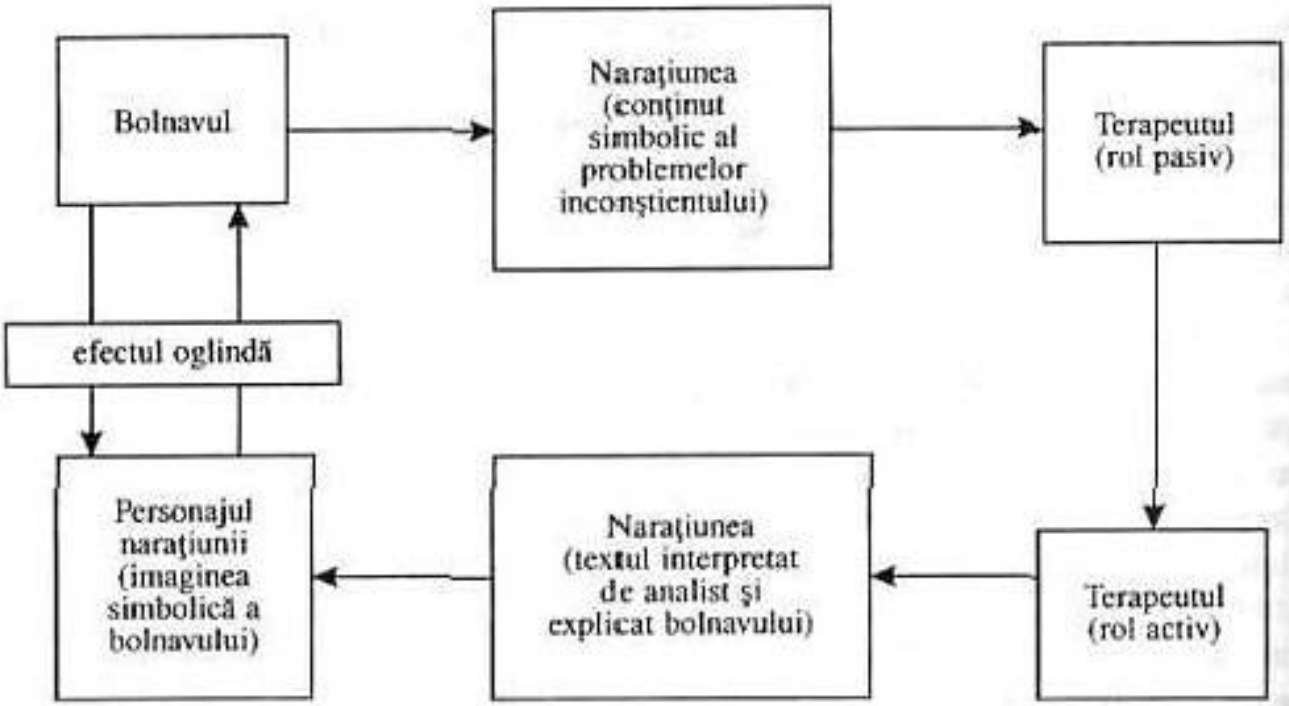
În cursul acestei etape bolnavul are un rol pasiv, ca, de altfel, şi terapeutul, care se limitează la „a asculta" naraţiunea bolnavului său. Schema de mai sus redă prima etapă a „situaţiei psihanalitice", respectiv *etapa narativă*.

Cea de-a doua etapă a situaţiei psihanalitice este *etapa de interpretare a conţinutului naraţiunii* bolnavului, cu semnificaţie psihoterapeutică, în conformitate cu schema de mai jos:

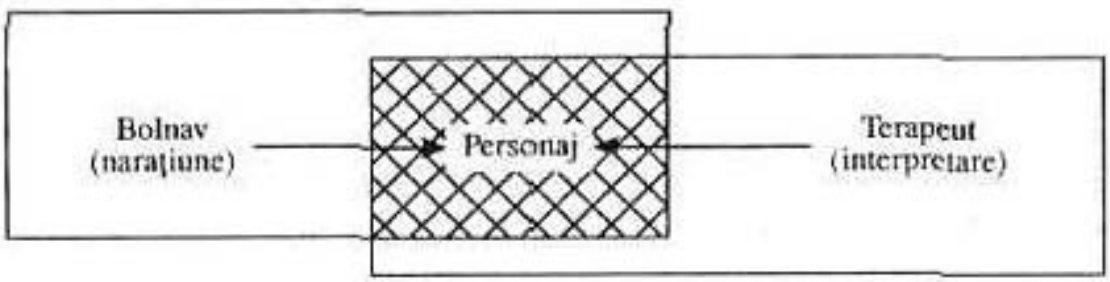
În cursul celei de-a doua etape, sensul activităţii este impus bolnavului de către psihanalistul terapeut. De data aceasta terapeutul va avea un rol activ, iar naraţiunea bolnavului devine „materialul psihanalitic" asupra căruia este concentrată atenţia. Psihanalistul va opera „separarea" personajului de contextul narativ în care acesta este inclus, prin interpretarea sensurilor naraţiunii, considerată, cum spuneam, ca „istorie a vieţii bolnavului". În urma acestui act de interpretare sau de descifrare a

semnificaţiei personajului, se va realiza o „imagine simbolică a bolnavului", în care acesta, ajutat de terapeut, se va regăsi pe sine însuşi.

În cea de-a treia etapă, asistăm la stabilirea unui acord între bolnav şi imaginea sa simbolică pe care, în mod inconştient, acesta a proiectat-o în personajul „care este el însuşi", din cadrul contextului narativ al „istoriei sale individuale". Acest proces de interpretare şi explicare de către psihanalist vizează, de fapt, înseşi problemele bolnavului respectiv, ce va avea o atitudine „specularã" faţă de personajul la care a făcut referinţă anterior. Este *etapa oglinzii* în desfăşurarea acţiunii de psihoterapie psihanalitică. În această etapă se va face o confruntare directă între *persoana bolnavului*, ca prezenţă actuală, şi *personajul* relatării acestuia, reprezentându-l pe „cel care a fost în trecut". Aceste aspecte se pot vedea în schema următoare:



În cadrul curei psihanalitice, relaţia terapeut-bolnav se realizează prin intermediul *cuvântului*. Acesta este purtătorul semnificaţiilor problemelor conţinute în inconştientul bolnavului, cu caracter conflictual, complexual sau nevrotic. Sarcina psihanalistului constă în descifrarea sensurilor simbolice ale contextului narativ, veritabil act de *analiză hermeneutică a textului naraţiunii* bolnavului, aşa cum rezultă din schema de mai jos:



Naraţiunea realizează între *bolnav* şi *terapeut* un *câmp de comunicare simbolic*, cu o semnificaţie deosebit de încărcată. În cadrul acestui *discurs narativ*, cuvântul este cel care afirmă realitatea intrapsihică a bolnavului (J. Lacan). J. Lacan distinge trei elemente ale discursului : *frustrarea, agresivitatea* şi *regresiunea*. La originea lui stă *persoana bolnavului*, pe care acesta o prezintă ca fiind *„personajul discursului"* său.

Orice *discurs*, după J. Lacan, are două părţi : *discursul conştient*, concret, narat de către bolnav ; *discursul inconştient*, transindividual şi care este conţinut latent în interiorul discursului conştient al bolnavului.

Este interesant a se vedea, în acest caz, similitudinea care există cu modelul de interpretare a *viselor* după S. Freud, referitor la *conţinutul manifest* şi *conţinutul latent* al visului.

Structura discursului narativ, pentru J. Lacan, este simbolică şi se caracterizează prin următoarele :

a) obiectivează conţinutul subiectiv al bolnavului prin simboluri ;
b) discursul bolnavului ne introduce în lumea subiectului, făcând în felul acesta legătura între lumea exterioară şi lumea intrapsihică a bolnavului ;
c) în timpul producerii discursului, bolnavului îi scapă semnificaţiile acestuia.

În cursul naraţiunii bolnavului, „funcţia limbajului nu este de a informa, ci de a evoca. Ceea ce se urmăreşte prin vorbire este, de fapt, răspunsul celuilalt" (J. Lacan).

Identificându-se în discursul său cu personajul la care face referinţă, bolnavul „se pierde" pe sine ca obiect. Ceea ce se urmăreşte prin „discursul narativ" nu este evocarea trecutului, ci, de fapt, anticiparea viitorului pentru care bolnavul se pregăteşte „să fie" sau să devină un altul în cursul acţiunii terapeutice (J. Lacan). Astfel, susţin J. Lacan şi R. Fliess, discursul narativ va ajuta la reconstrucţia imaginii bolnavului ca simbol. Acesta este, de altfel, şi rolul „personajului" naraţiunii, cu care psihoterapeutul analist va opera actul de „vindecare" a pacientului său.

Se impun câteva precizări referitoare la semnificaţia şi valoarea personajului. În psihanaliză, personajul este „imaginea din trecut" a pacientului relatată de acesta în contextul naraţiunii sale. Analistul „interpretează personajul" şi-l converteşte în „persoana bolnavului". Trebuie să vedem în aceasta o operaţie prin care bolnavul, care este „personajul din propriul său trecut", se „reactualizează" în cadrul relaţiei psihanalitice curente. Personajul analizat devine, după interpretarea pe care i-o dă psihanalistul, „imaginea prezentă" cu care pacientul este invitat să se compare sau să se confrunte în mod direct. Din această confruntare se vor detaşa imaginea şi istoria psihotraumatizantă a trecutului pacientului, realizându-se astfel – printr-un proces de descărcare cathartică – actul de vindecare.

Utilizarea materialului psihanalitic

Aşa cum am spus deja, materialul narativ al bolnavului este utilizat de medic în scop psihoterapeutic. Trei probleme se pun referitoare la modul de utilizare a acestuia. Ele sunt următoarele:

1. *Libera asociaţie*. Este principalul mijloc de a comunica materialul clinic, în cadrul căruia bolnavul va putea construi „asociaţii libere". Libera asociaţie are proprietate asupra tuturor celorlalte modalităţi de producere a materialului de psihanalizat. Ea este metoda de a exprima în mod liber, fără nici un fel de restricţie, toate gândurile care-i vin în minte pacientului, fie plecând de la un element dat, fie în mod spontan.

2. *Transferul*. Acesta este procesul prin intermediul căruia dorinţele inconştiente se actualizează, fiind proiectate asupra unor obiecte în cadrul unui anumit tip de relaţie stabilit cu ele şi, în primul rând, în cadrul relaţiei psihanalitice. Este, de fapt, o repetiţie a unor prototipuri infantile, trăită cu un marcat sentiment de actualitate. Transferul este recunoscut ca reprezentând terenul pe care se desfăşoară problematica unei cure psihanalitice, instalarea, modalităţile, interpretarea şi, în final, rezolvarea acesteia.

Transferul reprezintă trăirea actuală faţă de o altă persoană a sentimentelor, pulsiunilor, atitudinilor, fantasmelor şi mecanismelor de apărare ale Eului bolnavului. Este, de fapt, o repetiţie, o deplasare de reacţii în raport cu persoanele importante din prima copilărie a pacientului respectiv.

Transferul este de două feluri: a) *pozitiv*, care face referinţă la diferitele forme de înclinaţie sexuală, ca şi la sentimentele de simpatie, iubire şi respect faţă de analistul terapeut; b) *negativ*, care desemnează diferitele forme de agresiune, mânie, aversiune, ură sau nesiguranţă şi teamă din partea bolnavului, proiectate asupra terapeutului. S. Freud a completat noţiunea de *transfer* cu cea de *contratransfer*, ce apare la medicul analist ca urmare a influenţei pe care pacientul o exercită asupra sentimentelor inconştiente ale acestuia.

3. *Rezistenţele*. În cadrul terapeuticii psihanalitice, apar rezistenţe, care reprezintă tot ceea ce se opune acţiunilor şi cuvintelor analistului astfel încât să-i blocheze accesul la inconştientul bolnavului. Este vorba de o atitudine de opoziţie a acestuia din urmă faţă de propriile descoperiri, în măsura în care ele îi revelează dorinţele inconştiente, producând astfel o stare de „vexaţie psihologică".

Prin *rezistenţă* se înţeleg toate forţele care se opun Eului raţional al pacientului, precum şi procesului de travaliu psihanalitic, iniţiat de analistul terapeut. Rezistenţele sunt repetiţii ale tuturor operaţiilor defensive utilizate de pacient în legătură cu viaţa sa anterioară momentului de „criză" sau celui de „cură".

Terapia psihanalitică se caracterizează prin analiza sistematică şi aprofundată a rezistenţelor. Din punctul de vedere al naturii lor, rezistenţele pot fi conforme cu Eul (*Ego-sintone*) sau opuse Eului (*Ego-alien*).

Analiza materialului psihanalitic. Materialul psihanalitic obţinut în cursul şedinţelor terapeutice este analizat în decursul a patru etape, care reprezintă, de fapt, „tehnicile de psihanaliză" propriu-zise. Acestea sunt următoarele:

1. *Confruntarea* este prima etapă şi ea constă din a face evident şi explicit materialul Eului conştient al pacientului.
2. *Clarificarea* urmează confruntării şi se referă la acele activităţi care urmăresc să pună în plină lumină fenomenele psihice analizate.
3. *Interpretarea* constituie instrumentul privilegiat al analizei. Ea constă în conştientizarea semnificaţiei, a sursei, istoriei, modalităţii sau cauzei inconştiente a unui fapt psihic dat.
4. *Perelaborarea* este cea de-a patra etapă şi ea desemnează ansamblul complex de procese şi de procedee puse în joc de materialul psihanalitic obţinut. Perelaborarea se referă la explorarea repetată şi progresivă a rezistenţelor, implicând în acelaşi timp un travaliu de reconstrucţie a evenimentelor trecute din viaţa bolnavului.

Capitolul 21

Cura psihanalitică clasică

Aspecte generale

În capitolul precedent am prezentat aspectele generale ale psihoterapiei analitice freudiene, principiile, modul de organizare şi mecanismele acesteia. Ne vom ocupa în continuare de prezentarea detaliată a *curei psihanalitice clasice*, în forma în care a fost instituită şi aplicată de S. Freud. Aspectul este deosebit de important întrucât, aşa cum am menţionat deja, acest tip de psihoterapie reprezintă modelul universal din care derivă, în prezent, practic toate formele de psihoterapie.

Cura psihanalitică clasică se bazează pe *istoria cazului* care se confruntă cu *experienţa terapeutului*. Este vorba, de fapt, de o punere „faţă în faţă" a două persoane diferite, reunite după un plan de activitate comun, urmărind restabilirea comunicării şi a echilibrului psihic. Este o confruntare între „subiectivitatea" bolnavului şi „atitudinea reflexivă" a terapeutului.

Întrucât factorul subiectiv, de ordin emoţional-afectiv, joacă un rol extrem de important în cadrul acestei relaţii terapeutice, tehnica curei psihanalitice nu va avea un caracter uniform ca regim de desfăşurare, pe parcursul ei suferind continuu variaţii de adaptare de la o situaţie la alta şi de la caz la caz.

Trebuie avut în vedere faptul că fiecare pacient este un *caz unic*, ferindu-ne de generalizări teoretice. Cura psihanalitică trebuie considerată în primul rând sub aspectul său practic, urmărind restaurarea „cazului" în speţă, rezolvarea *„problemelor psihologice" ale individului respectiv, fără a face generalizări sau comparaţii* cu alte „cazuri similare".

Acest aspect al respectării individualităţii şi unicităţii bolnavului constituie de asemenea o garanţie a stabilirii şi menţinerii contactului şi a unei bune comunicări cu terapeutul. Se pun bazele încrederii şi unui regim de cooperare favorabil, condiţii indispensabile pentru succesul terapeutic.

Orice cură psihanalitică are câteva caracteristici de ordin metodologic ce trebuie respectate. Ele reprezintă modul de organizare şi desfăşurare propriu-zisă a întâlnirilor psihoterapeutice dintre pacient şi medicul său curant. Le vom analiza în continuare.

Modalitatea de desfăşurare a curei psihanalitice

Cura psihanalitică cuprinde anumite momente/etape în organizarea şi desfăşurarea sa.

1. *Primele contacte*

Orice cură psihanalitică reprezintă o formă de tratament medical şi ea trebuie să fie precedată de cunoaşterea amănunţită a pacientului. Înainte de a se trece la psihoterapia propriu-zisă, este absolut necesar să se facă un examen clinico-psihiatric atent şi amănunţit al bolnavului, stabilindu-se cu exactitate diagnosticul clinic al acestuia. Faptul este cu atât mai important cu cât, din punct de vedere practic, forma de psihoterapie trebuie adaptată la suferinţa clinică reală a cazului respectiv, evitându-se orice fel de erori ce pot crea situaţii conflictuale noi sau chiar le pot agrava pe cele deja existente.

Examenul clinic al bolnavului are unele particularităţi. El trebuie să fie mult mai amănunţit decât examenul clinico-psihiatric, căutându-se situaţiile psihotraumatizante din trecutul bolnavului. În sensul acesta, se consideră că psihanaliza este o formă de cercetare „ultraclinică".

Examenul clinic al bolnavului trebuie condus cu multă precauţie, cu tact, pentru a se evita deformările, omisiunile, rezistenţele, precum şi oricare alte situaţii nedorite ce pot compromite încă de la început relaţia medic-bolnav.

În studiul clinic al cazului, trebuie insistat pe analiza psihobiografică cât mai amănunţită a acestuia, urmărindu-se o „explicare a cazului" de către psihanalist, care să deschidă accesul către mijloacele pe care psihanaliza le foloseşte în scopul vindecării bolnavilor.

2. *Condiţiile exterioare ale curei*

Modul de organizare şi desfăşurare a întâlnirilor dintre terapeut şi bolnav, a şedinţelor de psihanaliză, este deosebit de important. De acesta depind formarea şi menţinerea „relaţiei terapeutice" şi garantarea rezulatelor urmărite.

La început, şedinţele psihanalitice erau zilnice. Ulterior, ele au fost reduse la 4-5 şedinţe pe săptămână, pentru ca în final S. Freud să stabilească un regim de desfăşurare a activităţii de 3 şedinţe săptămânal, acest ritm fiind considerat cel mai potrivit ca eficacitate.

S-a constatat faptul că, în cazul în care psihoterapeutul îşi „vede" mai des bolnavul, el îl poate urmări mai îndeaproape şi-l poate cunoaşte mai bine. Din acest motiv, ritmul şedinţelor de psihanaliză are o valoare deosebită în ceea ce priveşte succesul vindecării pacientului.

Durata unei şedinţe este, în medie, de 45-55 de minute. Nu este indicat să fie modificate nici ritmul şi nici durata şedinţelor, întrucât aceste schimbări se vor

reflecta în mod negativ asupra calităţii tratamentului. Ritmul trebuie menţinut, căutându-se ca el să devină o regulă atât pentru bolnav, cât şi pentru medic. Nu trebuie nici prelungită, nici scurtată durata şedinţelor, ci menţinută constantă.

În cursul şedinţelor de psihanaliză, bolnavul stă întins, într-o poziţie de o cât mai totală relaxare, pe un divan, iar terapeutul se află aşezat, de obicei, în spatele acestuia, pe un fotoliu. Această situaţie face ca pacientul să fie relaxat, evitându-se orice fel de efort legat de postură, precum şi situaţia, uneori jenantă, de a vorbi faţă în faţă cu terapeutul. Se evită astfel apariţia unor posibile reacţii nedorite, constrângeri, situaţii de rezistenţă etc. Situaţia menţionată oferă o mai mare libertate de expresie pentru bolnav, iar pentru psihanalist uşurează ascultarea, observarea şi interpretarea problemelor expuse de pacient.

3. *Modul de desfăşurare a curei*

Cura psihanalitică se desfăşoară sub forma exprimării libere de către pacient a propriilor sale probleme psihologice. Iniţial, acest discurs nu are un caracter organizat. Ordonarea expunerii faptelor, ca „dirijare a curei", îi revine psihanalistului. Acesta va trebui să orienteze relatările pacientului în direcţia descrierii şi a scoaterii în evidenţă a „evenimentelor" cu semnificaţie psihotraumatizantă din viaţa sa, insistându-se în mod deosebit asupra celor din copilăria bolnavului.

Treptat, discursul bolnavului se va ordona sub forma unei relatări, cât mai coerente cu putinţă, a propriei sale „istorii psihobiografice". Din acest material relatat de bolnav, psihanalistul, printr-o analiză de tip hermeneutic, va reconstitui şi explicita problemele psihobiografice traumatizante ale pacientului său.

S. Freud menţionează câteva aspecte principale, permanent prezente în cursul curei psihanalitice clasice, cu care se confruntă atât pacientul, cât şi psihiatrul şi care contribuie la procesul de elaborare terapeutică. Acestea sunt *libera asociaţie*, *rezistenţele* şi *transferul*. Deşi au fost menţionate anterior, vom reveni pe larg asupra lor în cele ce urmează, integrându-le în contextul desfăşurării curei psihanalitice clasice.

Regula fundamentală

În psihanaliză, se numeşte *regulă fundamentală* sau *regula liberei asociaţii* consemnul care este dat bolnavului de a relata „tot ceea ce-i vine în cap", de a exprima verbal absolut tot ceea ce gândeşte şi tot ceea ce simte în acel moment, fără să aleagă sau să omită în mod voluntar ceva ce i s-ar părea că este dezagreabil de comunicat, absurd, ruşinos sau lipsit de legătură cu propria sa persoană.

Regula fundamentală urmăreşte să împiedice eliminarea selectiv-voluntară sau conştientă a unor „elemente" din conţinutul narativ al bolnavului. Ceea ce se intenţionează de fapt prin intermediul acesteia este punerea în evidenţă a conţinutului inconştient, a complexelor sau frustrărilor subiectului. Vom avea astfel în vedere următoarele

aspecte ce apar în cursul relatării bolnavului respectiv: a) pauzele care apar în cursul relatării; b) mimica subiectului; c) gesturile pe care le face bolnavul; d) tonul limbajului acestuia; e) reacţiile emoţionale care însoţesc discursul.

Libera asociaţie reprezintă principalul mijloc de obţinere a materialului psihanalitic în cursul curei, ce va fi supus analizei hermeneutice a semnificaţiei sale simbolice *de către analist*.

Rezistenţele

Rezistenţele sunt acele forţe care se opun procesului de travaliu psihanalitic, precum şi analizei Eului conştient şi raţional al bolnavului. Ele sunt acţiuni defensive utilizate de pacient faţă de viaţa sa trecută, faţă de propria sa „istorie psihobiografică" pe care o evocă în cursul şedinţei de psihanaliză.

Terapia psihanalitică va consta şi în analiza sistematică şi aprofundată a fenomenelor de rezistenţă. Rezistenţele sunt de două feluri: a) rezistenţe conforme cu Eul sau *„Ego-sintone"*; b) rezistenţe opuse sau contrarii Eului, *„Ego-alien"*.

În ceea ce priveşte originea lor în raport cu aparatul psihic, rezistenţele pot fi: conştiente sau voite, pe care bolnavul şi le impune; preconştiente; inconştiente.

Din aceste motive, rezistenţele pot exprima emoţii sau se pot manifesta în atitudinile, ideile, pulsiunile, gândurile, fantasmele sau acţiunile pacienţilor. Ele reprezintă forţele reactive din interiorul persoanei bolnavului care sunt declanşate în momentul întâlnirii cu terapeutul, cu procedeele sau cu procesele analitice.

La subiectul necooperant rezistenţele au o funcţie defensivă. Modalităţile de manifestare clinică ale rezistenţelor sunt următoarele: a) pacientul este de regulă tăcut; b) ca o variantă a celei de mai sus, pacientul declară că nu are dispoziţia necesară ca să vorbească; c) absenţa participării emoţionale a pacientului la propriul său discurs; d) se poate remarca o anumită stare posturală a pacientului în timpul *şedinţei (crispare, rigiditate, tremur etc.)*; *e)* tendinţa de fixare în timp, reprezentată prin insistenţa asupra unor evenimente din trecut de care pacientul nu se poate desprinde sau pe care nu le mai poate depăşi; f) insistenţa asupra unor banalităţi sau evenimente exterioare discursului; g) evitarea relatării unor subiecte penibile din viaţa bolnavului legate de sexualitate, agresivitate, culpabilitate etc.; h) rigiditate în organizarea şi relatarea discursului; i) adoptarea unui limbaj evaziv, cu întreruperi, ezitări etc.; j) fenomene de plictiseală, întreruperi, reveniri etc.; k) repetarea unor fapte nesemnificative sau insistenţa exagerată asupra unor evenimente semnificative care au marcat în mod profund viaţa bolnavului.

De regulă, fenomenele de rezistenţă sunt corelate cu fenomene de regresiune. Regresiunea este un concept descriptiv care desemnează întoarcerea la o formă veche, ancestrală sau primitivă a activităţii psihice a bolnavului. Ea este, de obicei, motivată de o fugă din faţa durerii şi a schimbărilor. Se poate produce atât la nivelul relaţiilor actuale obiectuale, cât şi al organizării libidinale. În general, regresiunea semnifică o „întoarcere" la fazele anterioare din evoluţia individului, de regulă la faza copilăriei.

Transferul

Transferul este faptul de a trăi în prezent, faţă de o altă persoană, sentimente, pulsiuni, atitudini, fantasme şi situaţii defensive inadecvate. Este un proces de repetiţie, o deplasare a reacţiilor derivate din raportul cu persoanele importante din prima copilărie a subiectului. Orice transfer poate fi pozitiv sau negativ.

Transferul pozitiv se referă la diferitele forme de înclinare sexuală, la sentimentele de simpatie, de dragoste şi respect faţă de persoana analistului. El desemnează *dragostea* sub toate formele sale şi în primul rând modul în care bolnavul se manifestă faţă de terapeutul său: iubire, ataşament, încredere, simpatie, grijă, devoţiune, admiraţie, pasiune, dorinţă, tandreţe, respect.

Transferul negativ reprezintă diferitele forme de agresiune în relaţia cu terapeutul (mânie, aversiune, ură, neîncredere etc.), reacţiile bazate pe *ură* şi sentimente derivate din aceasta, cum ar fi: mânie, ostilitate, neîncredere, aversiune, teamă, resentiment, amărăciune, invidie, antipatie, contrarietate etc.

Transferul este o modalitate specifică de raportare la o anumită persoană, reprezentând, de fapt, o relaţie de un tip particular cu obiectul. El se caracterizează prin faptul că subiectul încearcă faţă de persoana analistului sentimente care, în realitate, se adresează de regulă unei „anumite persoane" din trecutul său. În sensul acesta, transferul ne apare ca o repetiţie, o nouă formă de re-editare a unei vechi relaţii cu obiectul. Transferul pune astfel în joc toate componentele relaţiei persoanei pacientului cu obiectul, şi anume: sentimente, pulsiuni, dorinţe, fantasme, atitudini, reprezentări, mecanisme de apărare ale propriului Eu.

În felul acesta considerată, reacţia de transfer este esenţialmente repetiţia unei relaţii cu obiectele din trecut. Este vorba de cele mai importante personaje din cursul primilor ani ai copilăriei subiectului (părinţi, educatori, fraţi, surori etc.).

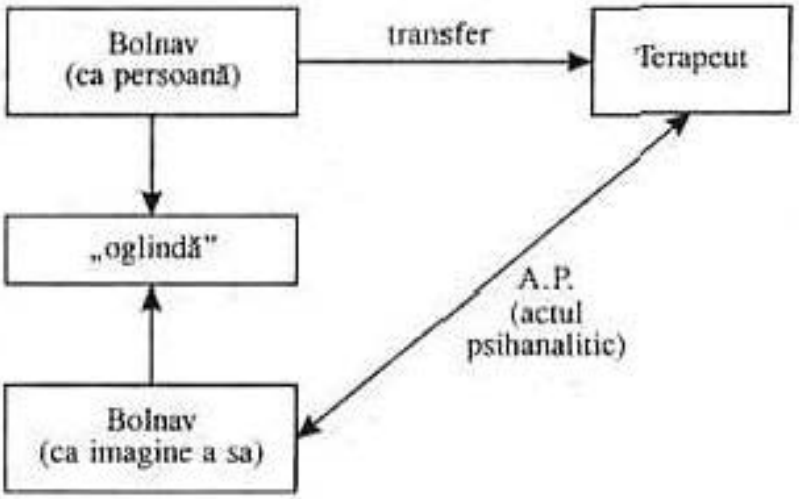
La vârsta adultă, reacţiile de transfer apar în contactul cu persoanele ce îndeplinesc simbolic funcţia originară deţinută de părinţi (lideri, şefi, autorităţi, medici, profesori, celebrităţi, artişti, animale, obiecte uzuale etc.). Toate reacţiile de transfer au un caracter automat şi sunt, prin urmare, inconştiente. Menţionăm în continuare câteva „aspecte" ale reacţiilor de transfer.

Mecanismele de vindecare

Rezultatele terapeutice ale curei psihanalitice sunt, în general, destul de dificil de evaluat, întrucât cura este un proces îndelungat şi complex, în cursul căruia intervin mulţi factori, unii absolut neprevăzuţi şi externi. În plus, cura psihanalitică, ca oricare alt proces de analiză psihologică intelectuală, este o experienţă personală şi înregistrează variaţii de durată de la caz la caz.

Cura psihanalitică clasică urmăreşte „descărcarea emoţională" a subiectului şi o alternare a pacientului între *atitudinea ireflexivă* a Eului care trăieşte, simte şi acţionează şi *atitudinea reflexivă* a Eului care gândeşte, recunoaşte şi judecă.

Am putea reprezenta sub formă schematică cura psihanalitică în felul următor:



În schema de mai sus este redată relaţia psihanalitică bolnav-terapeut. Bolnavul proiectează asupra *terapeutului* propriile sale probleme psihologice, realizând în felul acesta un act de transfer. Din materialul narativ al bolnavului (istoria psihobiografică a acestuia), terapeutul, prin *actul psihanalitic* (A.P.) de interpretare a conţinutului narativ relatat, desprinde *imaginea bolnavului* sau, mai exact, semnificaţia imaginii bolnavului, pe care „o oferă" persoanei acestuia ca *model de comparaţie* cu sine însuşi, realizându-se, în felul acesta, o *situaţie speculară* („oglinda"), în care bolnavul se va recunoaşte pe sine însuşi, făcând în felul acesta o *asociaţie* între nevroza sa actuală şi vechile situaţii psihotraumatizante, conflicte, frustrări, complexe etc., care stau la baza tulburărilor prezente.

Cura psihanalitică clasică, aşa cum a fost ea introdusă şi aplicată de S. Freud, urmăreşte, de fapt, să pună *persoana bolnavului* faţă în faţă cu *imaginea sa din trecut*, în scopul realizării unor asociaţii care să explicitezе *starea nevrotică actuală*, favorizând în acest fel procesul de *catharsis*, care va avea ca efect final vindecarea bolnavului. *Etapa oglinzii* sau „speculară" este momentul de *autoreflectare* sau de *autodescoperire*, de confruntare între *trecutul* şi *prezentul* bolnavului. Prin aceasta, bolnavul descoperă sau recunoaşte semnificaţia tulburărilor actuale ca fiind în relaţie cu trecutul psihotraumatizant.

Redăm mai jos, spre exemplificare, două asemenea cazuri urmărite de noi. Este vorba de doi bolnavi care, spre deosebire de alţi pacienţi, au reprodus prin desene de o mare forţă expresivă „problemele psihotraumatizante" ale istoriei lor personale. Importanţa utilizării materialelor de ordin narativ, cât şi a producţiilor plastice ale cazurilor psihanalizate a fost menţionată încă de S. Freud şi C.G. Jung, precum şi de numeroşi alţi specialişti care au dezvoltat astfel de preocupări (H. Prinzhorn, J. Vinchon, J. Bobon, G. Maccagnani, C. Trabucchi, W.R. Pickford, I. Jakab, H. Rennert, C. Enăchescu).

Spre deosebire de „naraţiunea verbală" a bolnavilor, desenele acestora sunt mult mai bogate în semnificaţie. Ele aduc în planul psihanalitic „imagini concrete" cu caracter proiectiv, de o mare bogăţie simbolică, constituind totodată şi un „catharsis" prin elaborarea lor creativă. Bolnavii care desenează dispun de o capacitate de

expresie mult mai amplă, mai bogată, mai nuanţată. Comunicarea se face mai direct, iar „producţiile plastice" pot constitui materiale care pot fi oricând reluate şi rediscutate cu bolnavii. Astfel, pacienta L.E.B. (al cărei caz l-am prezentat anterior) relatează „evenimentele" traumatizante ale vieţii familiale, retrăite în visele sale într-o manieră simbolică, sublimată, în raport cu situaţii complexuale de culpabilitate asociate cu poziţia sa de victimă. Visele, în majoritatea lor, sunt relatate verbal, dar şi ilustrate prin desene de către pacientă. Redăm în continuare un asemenea vis intitulat „Supliciul pisicilor", în figurile 17, 18, 19 şi 20 (unde distingem două categorii de personaje: *bolnava* şi *pisicile*. Bolnava este reprezentarea pacientei noastre, iar pisicile sunt imaginea simbolică a soţului acesteia – simbolul agresivităţii erotice şi al violenţei fizice de factură sadică).

În prima scenă (figura 17), se observă că persoana este în pat, dormind. Deodată însă, afirmă bolnava, „tavanul se apleacă asupra ei, iar tubul de neon îi atinge buzele obligând-o să-l atingă cu limba, fapt care-i face plăcere". În această secvenţă, „tubul de neon" este simbol falic, iar „atingerea acestuia cu limba", actul cunilincţiei refulat de bolnavă, ca o amintire penibilă (nedeclarată verbal) a unor relaţii sexuale perverse cu soţul său.

A doua scenă (figura 18) se petrece tot în camera bolnavei. Tavanul se ridică, iar de tubul de neon este lipită o pisică în care bolnava îşi identifică propriul său soţ (tubul de neon=simbol falic, pisica=simbolul agresivităţii sexuale). Bolnava ridică mâinile, încercând să oprească „această despărţire" (simbolistica sexualităţii).

Cea de-a treia scenă (figura 19) are un caracter fantastic, terifiant, ireal, plasându-se în spaţiul abisal al inconştientului. Este o imagine tipic pulsională, în raport cu refulările sexualităţii traumatizante ale bolnavei. Bolnava, complet goală, este înconjurată de „trei pisici uriaşe" care o conduc, obligând-o să meargă pe „un strat de capete de pisoi nou-născuţi, pe care simte cum îi striveşte în mers, ca pe nişte ouă". Pisicile sunt acelaşi simbol al agresivităţii şi al tendinţelor sexuale perverse şi sadice, dar constatăm concomitent şi o notă de „sadism latent" în pulsiunile bolnavei, care „calcă craniile de pisoi".

Ultimul scenariu al visului (figura 20) are un caracter terifiant, fiind plasat în acelaşi peisaj tenebros, ireal, al inconştientului. El continuă secvenţa anterioară. Bolnava ne relatează, explicând această imagine, că, „din craniile strivite de ea în mers, au ieşit o mulţime de pisoi mici care se răzbună (complex de culpabilitate legat de agresivitatea din scena precedentă) sărind pe ea, muşcând-o, zgâriind-o şi însângerând-o" (simbolul agresivităţii sadice în raport cu perversiunile conduitelor sexuale ale soţului ei). Bolnava este o victimă singură, slabă, incapabilă de a se apăra.

Cel de-al doilea caz este deosebit de ilustrativ pentru evoluţia sa în cursul curei psihanalitice, deosebindu-se prin structură şi dinamică de cazul precedent. Ca şi cel anterior, şi acesta se remarcă prin forţa şi bogăţia sa expresivă, prin capacitatea de a reda într-o manieră extrem de amplă şi fidelă trăirile legate de o experienţă sentimental-afectivă eşuată, psihotraumatizantă, ce a dus la apariţia unor importante tulburări nevrotice. Desenele sale împreună cu interpretarea/explicaţia bolnavului au servit ca temă de discuţie în cursul şedinţelor psihanalitice. Redăm mai jos aceste aspecte.

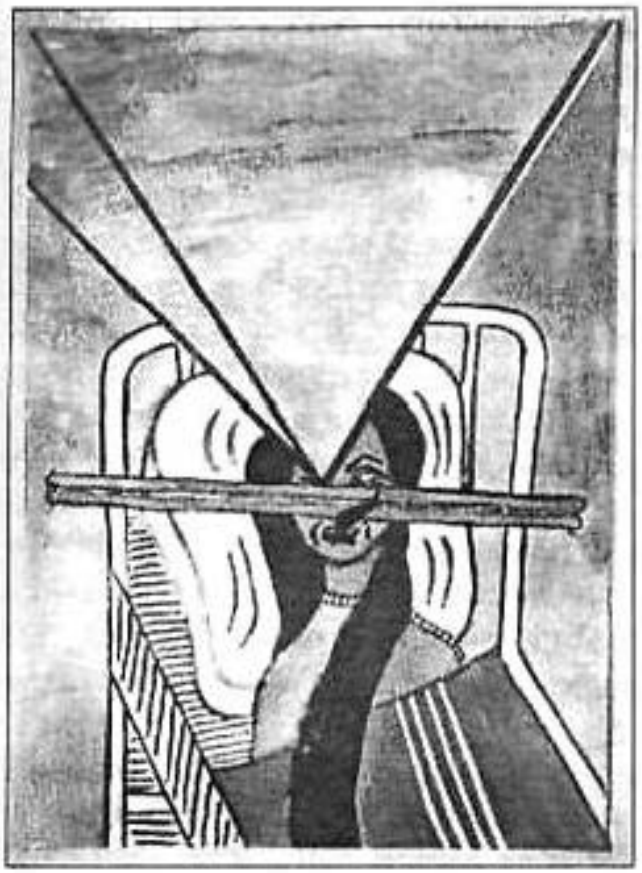


Figura 17

Figura 18

Figura 19

Figura 20

V.D., bărbat de 33 de ani, tehnician industrial, cu un nivel cultural mediu, prezintă un tablou clinic din care reţinem : instabilitate emoţional-afectivă, iritabilitate, dificultăţi de adaptare, tendinţă de izolare cu depresivitate, neîncredere în sine, complexe de inferioritate. În psihobiografia acestuia se notează un ataşament exagerat faţă de mamă şi repulsie faţă de tatăl său, personalitate tiranică, dominantă, compensată de o mamă hiperprotectoare. În adolescenţă, a avut frecvente şi scurte tentative de legături sentimentale, toate eşuate. Treptat, se dezvoltă ca o personalitate sensibilă, cu tendinţă spre izolare şi reverie. Se instalează un sentiment de nerealizare şi complexe de inferioritate. Starea clinică se conturează ca o nevroză, apar stări depresive, coşmare, anxietate, tendinţă de izolare, sentimente de inutilitate şi dorinţa de moarte. Considerând că „este o persoană care a eşuat în lupta cu viaţa", oscilează între „suicid şi alcool", cum ne declară însuşi bolnavul, sperând însă „într-o mare dragoste care ar putea schimba totul". Viaţa pentru pacientul nostru devine o suită de stări resimţite dureros, nevrotic, pe care le relatează verbal, dar şi într-o serie de creaţii plastice de o mare expresivitate şi semnificaţie simbolică psihopatologică. Ele reproduc însăşi „istoria nevrozei" bolnavului nostru. Prezentăm în continuare câteva asemenea secvenţe.

Desenul intitulat „Ceasul vieţii mele" este o compoziţie care reproduce secvenţial întreaga „istorie a nevrozei actuale" a acestui pacient. În centrul desenului este o roată dinţată, simbolul mişcării timpului. De la ea pornesc patru benzi „în cruce" stilizată, reproducând „imaginea timpului" (Ianus bifrons). Acestea împart cadrul compoziţiei în patru sectoare, fiecare cuprinzând la rândul său câte două desene, în total opt secvenţe, numerotate, care se succedă în sensul acelor de ceasornic, de la stânga la dreapta. În secvenţa întâi, intitulată „Muncă şi studiu", este înfăţişat bolnavul în perioada „bună, de normalitate" a vieţii sale. În secvenţa a doua apar primele manifestări nevrotice ; bolnavul risipeşte banii dobândiţi prin munca sa şi se prăbuşeşte în alcoolism şi singurătate. În a treia secvenţă apare dezastrul. Bolnavul „întâlneşte moartea", se prăbuşeşte şi „este internat în spitalul de psihiatrie". Secvenţa a patra reprezintă actul de vindecare. Bolnavul revine la activitate (simbolul urcării treptelor către împlinire) şi se realizează sentimental alături de femeia dorită.

Întreaga creaţie a bolnavului se înscrie în contextul psihanalitic al evoluţiei sale psihobiografice, ilustrând-o. Ea constituie un preţios material auxiliar de interpretare şi sondare a conţinutului inconştientului bolnavului, revelându-ne într-o manieră simbolică directă, de o mare complexitate, structura nevrozei acestuia.

Domeniul psihoterapiilor

Cura psihanalitică clasică, aşa cum a fost ea gândită şi utilizată de S. Freud, este unanim considerată astăzi ca reprezentând modelul fundamental de referinţă pentru *oricare formă de psihoterapie, dar în acelaşi timp şi modelul psihoterapiei din care*, teoretic, derivă toate celelalte psihoterapii, considerate ca variante de tehnică adaptate unor necesităţi practice sau unor modalităţi de organizare a activităţii terapeutice. Fie că este vorba de *psihoterapii individuale* sau de *psihoterapii de grup*, toate

derivă practic din psihanaliza clasică freudiană. Din acest motiv, este absolut necesar să întreprindem o analiză a tipurilor de psihoterapii pornind de la studiul curei psihanalitice clasice, încercând în felul acesta să facem o clasificare a lor.

Aşa cum am arătat în prima parte a tratatului nostru, când am vorbit despre *clasificarea tipurilor de psihanalize*, şi în cazul de faţă, când ne referim la *clasificarea tipurilor de psihoterapii*, se pune în primul rând problema unui model de gândire care să reflecte natura problemei la care facem referinţă.

Clasificarea psihoterapiilor este o problemă destul de dificilă, întrucât ne confruntăm cu o mare varietate de tehnici de lucru, care, deşi se adresează aceluiaşi obiect: *persoana umană* şi au acelaşi scop final: *vindecarea psihologică*, diferă extrem de mult între ele prin modalitatea de a înţelege obiectul, intenţiile terapeutice urmărite, organizarea activităţii, modul de interpretare şi utilizare a rezultatelor, dar, nu în ultimul rând, şi în ceea ce priveşte concepţiile medico-psihologice şi moral-filosofice din care se inspiră.

Rezultă de aici faptul că există o mare varietate de forme şi tehnici de psihoterapie, cărora totuşi, din punct de vedere metodologic-conceptual, le recunoaştem originea în psihanaliza lui S. Freud (vezi schema privind domeniul psihoterapiilor). Vom încerca în cele ce urmează să facem o sistematizare a formelor de psihoterapie, distingând câteva sectoare principale ale acesteia.

1. *Psihoterapiile individuale verbale*

Această grupă, cu un caracter extrem de restrâns, aminteşte în cea mai mare măsură de tehnica psihanalitică clasică a lui S. Freud, din care, de fapt, derivă toate. În cadrul acestui sector de psihoterapii menţionăm următoarele forme: a) *cura psihanalitică clasică* a lui S. Freud, care este modelul originar al tuturor celorlalte tehnici cuprinse în acest grup; b) grupa *psihanalizelor de factură disidentă sau independente*, în care intră *psihanaliza lui Adler*, *psihanaliza lui Jung* şi *psihanaliza lui Lacan*. Menţionăm faptul că din psihanaliza lui Adler s-a desprins, ca o formă independentă de psihoterapie, *psihoterapia raţional-emotivă a lui Ellis*; c) grupa de *psihoterapii analitice aplicate la copii*, în care sunt incluse tehnici preconizate şi utilizate de S. Freud, S. Lebovici, Diatkin şi M. Klein; d) *psihoterapiile culturaliste*, introduse şi utilizate de K. Horney, E. Fromm, H.S. Sullivan; e) *egoanaliza*, care este psihoterapia de inspiraţie analitică iniţiată de Hartmann, Rappaport, Erikson; f) un grup aparte este reprezentat de utilizarea psihoterapiei în sfera *medicinei psihosomatice* sau de alte forme de *psihoterapii de inspiraţie psihanalitică*, introduse şi utilizate de Alexander şi French, Marty, Fain, Sapir şi Malan şi Sifenos.

Tot în acest grup al psihoterapiilor individuale şi verbale mai sunt incluse câteva forme de psihoterapie care nu au o filiaţie directă în raport cu psihanaliza clasică freudiană. Acestea sunt următoarele: g) *psihoterapiile centrate pe client* ale lui Rogers şi *studiile de caz* care derivă din acestea; h) *analiza tranzacţională* introdusă de Berne şi Harris; i) *Daseinsanalyse* sau psihoterapia de inspiraţie psihanalitico-existenţială, introdusă şi utilizată de Binswanger, Boss, Minkowski.

2. *Psihoterapiile bazate pe acţiune*

Acestea reprezintă un grup de psihoterapii cu o configuraţie particulară, deşi îşi recunosc originea în psihanaliza clasică a lui S. Freud. Este vorba de psihoterapii de grup, care utilizează jocul dramatic în diferitele sale forme, cu efecte dinamice de factură psihanalitică. În această categorie de psihoterapii intră următoarele forme: a) *psihodrama* lui J.L. Moreno; b) *psihodrama analitică* utilizată de Lebovici, Diatkin, Lemoine, Blajan-Marcus şi Anzieu; c) *terapia gestaltistă* a lui Perls; d) *terapia primală* a lui Janov.

3. *Psihoterapiile corporale*

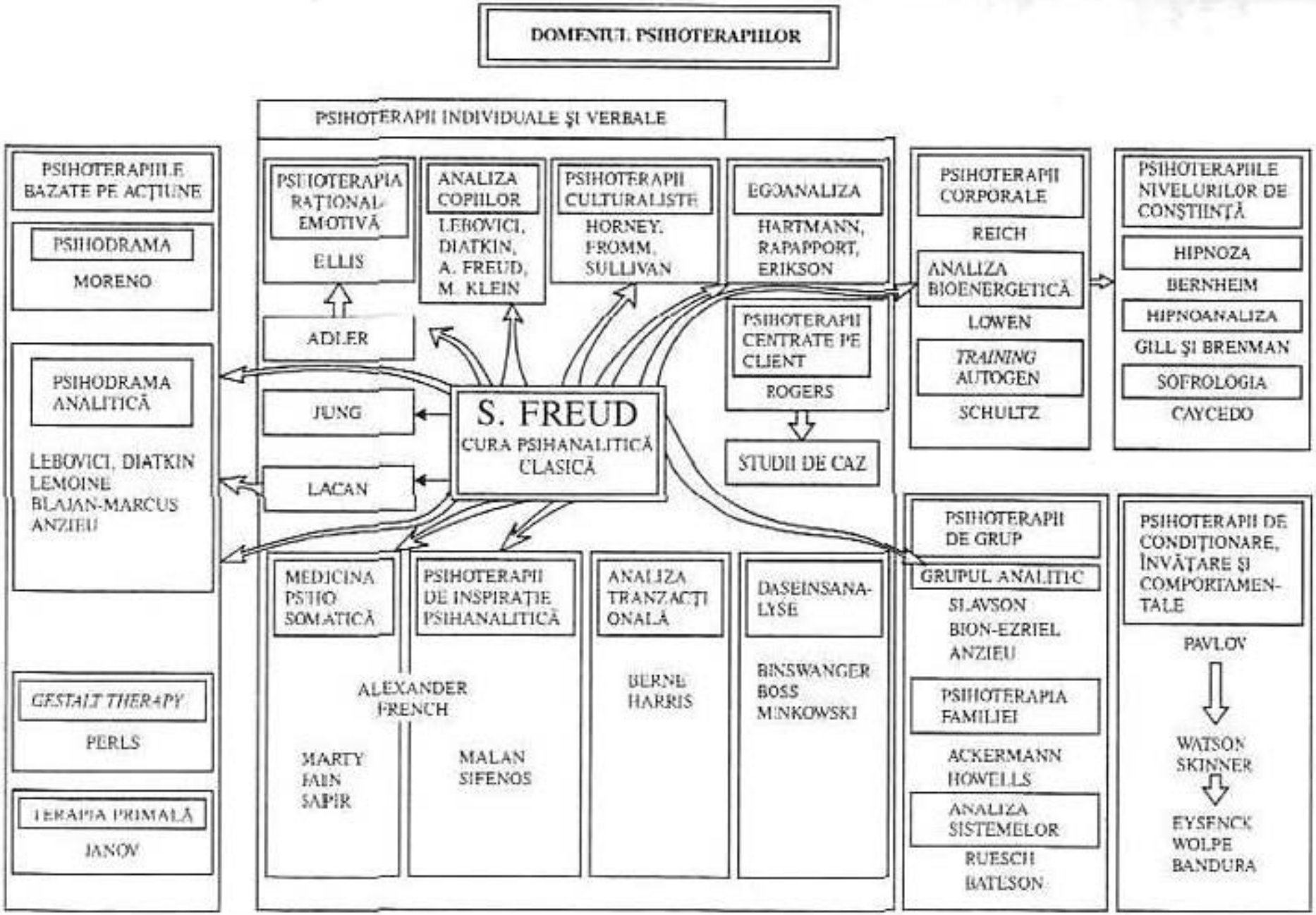
Acestea reunesc un grup de psihoterapii care utilizează tehnici corporale, făcând apel la autocontrolul energiei musculare, al tonusului muscular în vederea obţinerii unei stări de relaxare psihică. În această grupă de psihoterapii sunt incluse următoarele: a) *analiza bioenergetică* a lui Lowen; b) tehnica de *antrenament de relaxare autogenă* (*training* autogen) a lui Schultz.

4. *Psihoterapiile de grup*

Aceste psihoterapii utilizează ca efect terapeutic dinamica grupului, dezvoltând comunicarea şi relaţiile interpersonale şi emoţionale de susţinere pozitive. Categoria include următoarele tehnici: a) *grupul analitic*, utilizat de Slavson, Bion-Ezriel, Anzieu; b) *psihoterapia grupului familial*, aplicată de Ackermann şi Howells; c) *analiza sistemelor*, folosită de Ruesch şi Bateson.

5. *Psihoterapiile nivelurilor de conştiinţă*

Sunt poate cele mai vechi forme de psihoterapie. Ele precedă, într-o anumită privinţă, chiar psihanaliza freudiană şi utilizează în scopuri terapeutice diferite forme de modificare ale stării de conştiinţă, dintre care cea mai utilizată este hipnoza. În cursul somnului indus prin hipnoză se acţionează asupra bolnavului, în scop terapeutic, prin metodele de sugestie, în direcţia amendării simptomelor clinice. În această grupă de psihoterapii intră următoarele tehnici: a) *hipnoza*, utilizată ca psihoterapie de Bernheim şi de Freud înaintea introducerii psihanalizei; b) *hipnoanaliza*, ca formă de combinare între hipnoză şi psihanaliză, utilizată de Gill şi Brenman; c) *sofrologia* lui Caycedo.


DOMENIUL PSIHOTERAPIILOR
PSIHOTERAPII INDIVIDUALE ŞI VERBALE
PSIHOTERAPIILE BAZATE PE ACŢIUNE
PSIHODRAMA
MORENO
PSIHODRAMA ANALITICĂ
LEBOVICI, DIATKIN
LEMOINE
BLAJAN-MARCUS
ANZIEU
GESTALT THERAPY
PERLS
TERAPIA PRIMALĂ
JANOV
PSIHOTERAPIA RAŢIONAL-EMOTIVĂ
ELLIS
ANALIZA COPIILOR
LEBOVICI, DIATKIN, A. FREUD, M. KLEIN
PSIHOTERAPII CULTURALISTE
HORNEY, FROMM, SULLIVAN
EGOANALIZA
HARTMANN, RAPAPPORT, ERIKSON
ADLER
JUNG
LACAN
S. FREUD
CURA PSIHANALITICĂ CLASICĂ
PSIHOTERAPII CENTRATE PE CLIENT
ROGERS
STUDII DE CAZ
MEDICINA PSIHO SOMATICĂ
ALEXANDER
FRENCH
MARTY
FAIN
SAPIR
PSIHOTERAPII DE INSPIRAŢIE PSIHANALITICĂ
MALAN
SIFENOS
ANALIZA TRANZACŢIONALĂ
BERNE
HARRIS
DASEINSANALYSE
BINSWANGER
BOSS
MINKOWSKI
PSIHOTERAPII CORPORALE
REICH
ANALIZA BIOENERGETICĂ
LOWEN
TRAINING AUTOGEN
SCHULTZ
PSIHOTERAPII DE GRUP
GRUPUL ANALITIC
SLAVSON
BION-EZRIEL
ANZIEU
PSIHOTERAPIA FAMILIEI
ACKERMANN
HOWELLS
ANALIZA SISTEMELOR
RUESCH
BATLSON
PSIHOTERAPIILE NIVELURILOR DE CONŞTIINŢĂ
HIPNOZA
BERNHEIM
HIPNOANALIZA
GILL ŞI BRENMAN
SOFROLOGIA
CAYCEDO
PSIHOTERAPII DE CONDIŢIONARE, ÎNVĂŢARE ŞI COMPORTAMENTALE
PAVLOV
WATSON
SKINNER
EYSENCK
WOLPE
BANDURA

6. *Psihoterapiile de condiţionare, învăţare şi comportamentale*

Aceste forme de psihoterapie reprezintă un grup aparte, care nu-şi are originea în psihanaliza freudiană, declarându-şi apartenenţa la teoriile nervismului pavlovian şi ale behaviorismului lui Watson. În cadrul acestei grupe particulare de psihoterapii sunt cuprinse tehnici derivate din cercetările întreprinse de Pavlov, Watson, Skinner, Eysenck, Wolpe, Bandura.

Datele prezentate mai sus redau într-o manieră sintetică marea familie a psihoterapiilor. Se poate remarca extrema lor diversitate din punct de vedere tehnic. Însă, în plan conceptual-teoretic, majoritatea lor se reîntâlnesc în metoda centrală de referinţă, care este psihanaliza clasică freudiană.

Capitolul 22

Discursul psihanalitic

Cadrul general al problemei

Din cele expuse anterior privind tehnica psihanalizei se poate desprinde faptul că *psihanaliza* are un dublu aspect: ea este în același timp o *practică* și o *știință*. Lucrurile trebuie clarificate, stabilindu-se exact delimitarea acestor concepte.

Ca *știință*, psihanaliza este un domeniu special al cunoașterii psihologice a persoanei umane, un sistem unitar de a privi și a înțelege persoana umană în sens dinamic, ca model de organizare și funcționare a vieții psihice. Ea este o disciplină de cunoaștere a umanului, axându-și interesul pe experiențele interioare ale vieții sufletești și relațiile acesteia cu lumea.

Ca *praxis*, psihanaliza este o tehnică de investigare a vieții sufletești, a experiențelor interioare ale persoanei umane, cărora caută să le dea o explicație printr-un *proces de interpretare specific. Obiectul acestei analize practice este reprezentat de* experiențele sufletești ale individului, a căror semnificație este revelată printr-un act de interpretare hermeneutică a conținuturilor inconștientului pacientului de către psihanalist.

Sfera asupra căreia se concentrează acțiunea psihanalizei este reprezentată prin inconștientul pacientului, al persoanei supuse curei analitice, căutând a se descifra semnificația simbolică a acestuia. Inconștientul, așa cum am arătat deja, este structurat ca un limbaj (J. Lacan) ale cărui semnificații se regăsesc în actele și conduitele individuale, în limbajul, visele sau creațiile persoanei umane.

Dincolo de calitatea sa de a fi una dintre instanțele care constituie aparatul psihic, inconștientul este un concept dinamic, care se exprimă într-o manieră simbolică de o mare complexitate și bogăție, oferind în felul acesta un material practic inepuizabil de analiză psihologică a individului. Cunoașterea persoanei umane, în psihanaliză, constă în cunoașterea conținutului inconștientului acesteia, în descifrarea semnificațiilor lui. Acest proces se desfășoară în cadrul curei psihanalitice, în întâlnirea dintre analistul psihoterapeut și subiectul său.

Cunoașterea subiectului reprezintă, de fapt, *cunoașterea inconștientului acestuia*, fapt care se realizează prin *actul de comunicare* dintre pacient și analist. Comunicarea în psihanaliză se realizează prin cuvânt, care este purtătorul semnificațiilor experienței sufletești a pacientului respectiv. În cadrul acestei comunicări, *subiectul vorbește* și *analistul ascultă*. Relatarea verbală a pacientului se constituie sub forma

unui *discurs* pe care acesta îl „oferă" analistului ce, la rândul său, îl „preia". Discursul psihanalitic este purtătorul experienţei psihologice a subiectului, analistul trebuind să-l „interpreteze" pentru a stabili relaţiile existente între conţinutul acestuia şi „problemele psihologice" ale pacientului său. În consecinţă, se poate afirma că discursul bolnavului reprezintă obiectul *praxis*-ului psihanalizei, motiv pentru care se impune o analiză specială a acestuia.

Discursul psihanalitic reprezintă relatarea verbală pe care pacientul o face în faţa analistului său, în mod spontan, cursiv, liber, neinfluenţat de acesta. El reprezintă o expunere a propriilor sale probleme de viaţă încă din copilărie până la data întâlnirii cu medicul. Având un caracter de relatare despre sine, discursul psihanalitic se prezintă ca o *naraţiune* a subiectului despre el însuşi şi problemele sale. Prin aceasta, el se deosebşte de *anamneză*, care este o relatare a bolnavului dirijată de către medicul său şi prin care acesta din urmă caută să descopere cauzele şi evoluţia unei afecţiuni clinice.

Discursul psihanalitic este liber şi spontan. El aparţine în totalitate bolnavului, care „vorbeşte" cum vrea şi cum poate despre sine şi problemele sale. Din acest motiv, *naraţiunea bolnavului* va reprezenta o relatare particulară a *psihobiografiei* subiectului respectiv, ce este oferită analistului pentru a fi interpretată în relaţie cu problemele psihologice ale cazului.

Naraţiunea bolnavului devine astfel textul la care vor face referinţă atât pacientul, cât şi medicul, întrucât prin intermediul acestuia se stabileşte comunicarea între ei în cursul curei psihanalitice. Pe aceste considerente, se poate afirma că naraţiunea construieşte o anumită *ambianţă terapeutică* sau de cooperare între pacient şi medic prin intermediul cuvântului vorbit. Analiza se va axa în final pe conţinutul naraţiunii cazului respectiv.

Natura discursului psihanalitic

Am stabilit că discursul psihanalitic, reprezentat prin naraţiunea bolnavului, constituie materialul de referinţă din perioada curei psihanalitice. Din acest motiv asistăm, în plan metodologic, la o deplasare a analizei de la pacient la naraţiunea acestuia sau, altfel spus, de la persoană la problemele personale pe care ea le expune.

În cadrul *relaţiei psihanalitice* distingem, în raport cu discursul psihanalitic, următoarele elemente: naratorul, naraţiunea, obiectul naraţiunii. Să insistăm asupra acestora.

Naratorul este reprezentat prin *pacient*, subiectul care relatează istoria sa psihobiografică, problemele actuale psihologice care l-au adus la analist.

Naraţiunea este o formă particulară de „confesiune" a pacientului făcută terapeutului său. Ea reprezintă „istoria personală" a pacientului, relatarea vieţii sale încă din copilărie, într-o ordine şi o formă absolut libere, după capacităţile expresive şi emoţionale ale subiectului respectiv, fără a fi contrazis, corectat sau fără a i se sugera elemente care ar putea schimba sensul naraţiunii. În fiecare caz, contextul narativ diferă conform cu nivelul intelectual al pacientului, gradul de cultură al acestuia,

capacitatea de verbalizare, profesiune, nivel social, dar şi potrivit unor considerente de ordin moral, emoţional-afectiv, rezistenţe sau stări complexuale, „uitări" sau „situaţii penibile", repetări obsedante, stări de angoasă legate de evocarea unor evenimente neplăcute sau psihotraumatizante etc. Toate acestea constituie o importantă „încărcătură subiectivă" a contextului narativ de care suntem obligaţi să ţinem seama în evaluarea cazului şi a relatării, la care se vor adăuga elemente care „încarcă" naraţiunea, cum ar fi : fabulaţii, deformări mitomaniace, false amintiri, deplasări ale tematicii etc.

În toate cazurile avem de-a face cu *contexte narative* absolut originale, care exprimă atât conţinutul inconştientului pacienţilor, cât şi stilul acestora de prezentare, de retrăire a evenimentelor trecute, totul constituindu-se în final într-un veritabil *„roman psihanalitic"* al pacientului respectiv. Prin urmare, ne aflăm în faţa unei construcţii cu un caracter particular, de o mare încărcătură simbolică, în care bolnavul îşi proiectează problemele sale de viaţă, aşa cum au fost ele, dar dublate de modul în care *acesta le-a perceput, de atitudinea sa emoţională în ce le priveşte. Naraţiunea* este nu numai expunerea propriei istorii psihobiografice, ci şi o reevaluare subiectiv-inconştientă a acesteia de către bolnavul respectiv.

Orice naraţiune psihanalitică are o *temă* şi un *obiect* central. *Obiectul naraţiunii* este, de regulă, însăşi *persoana pacientului* respectiv. Personajul este imaginea celui „care a fost" pacientul, cu care acesta se identifică şi la care se referă. În cursul expunerii narative, bolnavul, referindu-se la propriul său trecut, vorbind despre sine, nu face decât să convertească propria sa persoană în „personajul propriei sale psihobiografii". Este evident că în situaţia dată personajul naraţiunii va prelua încărcătura emoţional-afectivă a subiectului, acesta proiectând asupra „personajului" problemele din trecutul său. Astfel, pacientul operează o primă „separare" de propriul său trecut, de propriile probleme psihologice penibile, psihotraumatizante, realizând în fapt un prim pas către catharsisul terapeutic. Este un proces de „descărcare" personală a subiectului asupra „personajului" naraţiunii sale.

Fiind „obiect al descărcării cathartice", personajul naraţiunii psihanalitice va purta toată încărcătura subiectivă a pacientului, în asemenea măsură încât, în final, el va apărea ca o „imagine mitizată" a acestuia. Personajul este un construct mental şi emoţional-afectiv al pacientului în conformitate cu tendinţele sale refulate, cu complexele sau simptomele sale nevrotice. Din această cauză, el are o importantă semnificaţie în cura psihanalitică, întrucât este expresia simbolică a persoanei pacientului. Personajul ilustrează trecutul problematic al bolnavului respectiv şi din analiza acestuia se pot deduce înseşi problemele pacientului.

Originea naraţiunii

Deşi, formal, naraţiunea psihanalitică reprezintă o relatare a bolnavului despre trecutul său în raport cu problemele psihologice actuale, latura ocultă a acestei naraţiuni îşi *are originea în inconştientul pacientului, al cărui conţinut îl exprimă într-o manieră*

simbolică. Naraţiunea este, după expresia lui J. Lacan, „inconştientul structurat ca limbaj", ce se referă la un „câmp de evenimente" din trecutul bolnavului.

Discursul narativ al pacientului concentrează temele inconştientului, reprezentate prin frustrări, conflicte, eşecuri, complexe sau simptome nevrotice legate de trecutul psihotraumatizant al bolnavului, de refulările acestuia. Astfel, naraţiunea psihanalitică se constituie, aşa cum am spus deja, ca un veritabil „roman" psihobiografic al bolnavului. Aspectul este cu atât mai mult pus în evidenţă prin caracterul său simbolic.

Ideea că originea naraţiunii bolnavului se află în inconştientul acestuia este demonstrată şi de faptul că ea reprezintă o formă de „descărcare cathartică" a inconştientului bolnavului respectiv. Acest lucru rezultă din faptul că una din funcţiile naraţiunii psihanalitice constă în efortul bolnavului de a se „elibera de propriul său trecut" sau de „a se desprinde" de problemele sale psihotraumatizante (complexe ideoafective, emoţii penibile, amintiri, frustrări, eşecuri etc.).

Câmpul epistemic al naraţiunii

Dacă, din punct de vedere formal, discursul bolnavului în timpul curei psihanalitice este un context narativ, din punctul de vedere al semnificaţiei sale, conţinutul are o mare încărcătură epistemică, deosebit de polimorfă. Conţinutul epistemic al naraţiunii psihanalitice ne conduce tot către sfera inconştientului bolnavului respectiv, pe care-l reproduce în exterior într-o manieră simbolică.

Admiţând că naraţiunea analitică are o semnificaţie epistemică în raport cu inconştientul, recunoaştem, de fapt, că ea este expresia unui inconştient considerat ca „spaţiu interior" al pacientului respectiv. Acesta va reprezenta un teritoriu dinamic în care se consumă „dramele sufleteşti" ale subiectului nostru. Inconştientul este sediul elaborării suferinţelor bolnavului, al conflictelor şi eşecurilor acestuia, al frustrărilor, complexelor şi al structurării simptomelor nevrotice, ce ies în exterior, la nivelul Eului conştient, prin actualizarea lor sub forma „naraţiunii" psihanalitice. De regulă, bolnavul care relatează istoria sa nu este „conştient" de sensul acestor relatări, de faptul că ele sunt expresia propriilor sale „probleme psihologice" refulate şi, în consecinţă, necunoscute sau nerecunoscute ca atare. Subiectul îşi expune istoria sa trăită, dar nu şi înţeleasă. La aceste aspecte se referea şi S. Freud când spunea că, în discursul narativ al pacienţilor, „sunt lucruri pe care aceştia le cunosc fără ca să ştie ce reprezintă".

Descifrarea sensului epistemic al naraţiunii psihanalitice este un act de hermeneutică şi constă în interpretarea semnificaţiei limbajului simbolic al inconştientului, aspecte asupra cărora vom reveni şi care au fost deja în bună măsură expuse anterior.

Conţinutul este exprimat prin simboluri sau arhetipuri care apar ca imagini, ca expresii verbale, neologisme, situaţii dramatice sau sub forma unor construcţii onirice, cum vom arăta mai departe.

Structura textului narativ

Naraţiunea psihanalitică poate fi interpretată după acelaşi model aplicat de S. Freud analizei viselor. Ca şi visele, naraţiunea psihanalitică are un *conţinut formal*, reprezentat prin contextul verbal al relatării bolnavului respectiv, corespunzător cu *conţinutul manifest* al viselor, şi un *conţinut latent*, care cuprinde sensul simbolic al naraţiunii, fie că este vorba de contextul relatării verbale a bolnavului, fie de visele acestuia.

Atât aspectul formal, cât şi conţinutul latent ale naraţiunii sunt în funcţie de capacităţile de expresie ale subiectului, de nivelul său intelectual, cultural şi profesional, dar şi de natura „problemelor sale psihologice".

De regulă, ne aflăm în faţa unei naraţiuni mai puţin obişnuite, care are configuraţia structurală de „roman personal", fapt recunoscut de numeroşi specialişti (J. Starobinski, S. Bataglia, G. Durand, M. Robert, C. Enăchescu). Naraţiunea este „romanul psihanalitic" al bolnavului respectiv şi, în multe privinţe, ea îmbracă o formă „mitizată" subiectiv de acesta, ca o consecinţă a atitudinii emoţionale a bolnavului faţă de propriul trecut şi de suferinţa sa. Aspectul nu trebuie raportat numai la naraţiunea psihanalitică din cursul curei clasice. Orice suită de evenimente neobişnuite, psihotraumatizante sau situaţii-limită prin care a trecut un subiect are semnificaţia unei „perioade deosebite" de viaţă, care îmbracă aspectul de „roman personal": amintiri sau relatări din război, din perioadele de prizonierat, de detenţie prelungită, procese, evenimente traumatizante (atacuri, incendii, cutremure, inundaţii), boli cronice sau operaţii chirurgicale etc. Unele au un caracter de amintire plăcută, dar cele mai multe sunt, de regulă, relatarea unor întâmplări psihotraumatizante, care au marcat profund personalitatea indivizilor, ce „simt nevoia relatării repetate" a acestor „situaţii de viaţă", efectuând astfel un proces de „descărcare cathartică". Cu timpul, aceste „amintiri penibile" se vor repeta în mod stereotip.

Este deosebit de important ca „descărcarea inconştientului" prin discursul psihanalitic să se facă în condiţiile oferite de „cadrul terapeutic psihanalitic". În caz contrar, relatarea repetată a acestor evenimente de viaţă le transformă în „focare de tensiune stagnantă" în inconştientul persoanelor respective, operând o modificare a personalităţii lor de factură nevrotică. Pentru ca aceste „amintiri penibile" să fie lichidate, este necesară intervenţia psihanalistului, care va elucida semnificaţia conţinutului latent al relatărilor, realizând un autentic proces de catharsis.

În general, se poate remarca faptul că *naraţiunea psihanalitică* este un context cu o anumită coerenţă interioară, relatând evenimente sau situaţii succesive temporal, care pot fi grupate, aşa cum vom arăta mai departe, în *scenarii* legate între ele.

În ceea ce priveşte textul narativ, distingem la acesta mai multe tipuri sau aspecte, după cum urmează:

1. *Textul potenţial* sau latent este cel incorporat în sfera inconştientului persoanei respective şi care încă nu a fost exprimat de aceasta în exterior, nu a fost comunicat.

2. *Textul vorbit*, de factură spontană, cursivă este cel exprimat de pacient în exteriorul său sub forma unui material psihologic proiectiv şi semnifică, din punct de vedere psihanalitic, începutul separării de persoana bolnavului a problemelor cuprinse în sfera inconştientului său.
3. *Textul trăit* este legat de procesele de transfer sau de rezistenţele care apar pe parcursul relatării de către subiect a propriilor probleme şi reprezintă contextul narativ separat de pacient, dar care coexistă cu acesta prin actualizarea de către narator a propriului său trecut, fiind astfel inaugurat stadiul oglinzii în care acesta se va regăsi ulterior, către sfârşitul curei.
4. *Textul interpretat* este reprezentat de contextul narativ al pacientului care va fi „schimbat" de explicaţia pe care psihanalistul i-o dă prin interpretarea lui. De fapt, avem de-a face cu un act de reevaluare a trecutului pacientului, rezultat din interpretarea psihanalitică a naraţiunii, prin care sunt realizate catharsisul şi restaurarea echilibrului sufletesc al acestuia. În actualul stadiu, naraţiunea va servi, după explicarea/interpretarea ei, ca „oglindă psihologică" în care se va vedea pacientul, prin compararea sa cu personajul naraţiunii sale. Este confruntarea dintre „cel din trecut" şi „cel din prezent".

Se poate vedea din cele de mai sus că, de fapt, nu avem de-a face cu „tipuri" diferite de naraţiune psihanalitică, ci este vorba despre o unică naraţiune, care exprimă experienţele sufleteşti de viaţă ale pacienţilor noştri. Însă acestea se manifestă sub forme diferite, în raport cu etapa constituirii lor, mergând de la faza latentă a conţinutului inconştientului până la faza eliberării inconştientului de conţinutul său conflictual psihotraumatizant pentru bolnav.

Tipurile de context sunt, de fapt, „etape de constituire" ale naraţiunii psihanalitice, structuri dinamice legate de evoluţia şi amplificarea relaţiei psihanalitice dintre pacient şi terapeut. Ele sunt „segmente" ale unui act complex de „reconstituire" a experienţelor personale de viaţă ale pacienţilor respectivi.

Fiecare discurs psihanalitic este unic, întrucât el exprimă conţinutul inconştientului unei anumite persoane şi problemele sufleteşti care îi aparţin exclusiv acesteia. El poate fi comparat cu alte situaţii similare, dar problemele pe care le pune sunt strict raportate la subiectul care-şi relatează propria istorie. Vom analiza în continuare câteva asemenea exemple din practica psihanalitică, „studii de caz personale". Discuţia se va centra pe interpretarea discursului psihanalitic al pacienţilor şi a relaţiilor dintre conţinutul acestuia şi afecţiunea psihică a bolnavilor respectivi. Modul de interpretare va fi conform cu cel oferit de cura psihanalitică clasică. Analiza noastră se va referi atât la *naraţiunea psihanalitică* a pacienţilor în cursul şedinţelor de psihanaliză, cât şi la interpretarea *viselor* acestora, atunci când este cazul.

Cazul S.D., bărbat de 30 de ani, cu studii superioare tehnice, ce lucrează ca inginer proiectant. În ultima vreme se remarcă o scădere a randamentului profesional, neîncredere, tendinţă de izolare, obsesii şi fobii, agresivitate refulată, idei de urmărire şi persecuţie. Manifestările clinice menţionate s-au instalat şi au evoluat treptat, progresiv, culminând cu incapacitatea bolnavului de a mai putea lucra şi izolarea sa de lume.

Discuţiile cu bolnavul, desfăşurate pe parcursul mai multor şedinţe analitice, au scos la iveală aspecte deosebit de importante care traduc evoluţia clinică a acestuia. Ele constituie *scenariile* succesive ale unei *istorii dramatice personale* prezentată într-o manieră simbolică de pacient, în care descifrăm conflicte inconştiente, tendinţe agresive latente refulate. Acestea au dus la o stare de regresiune importantă a personalităţii bolnavului, culminând cu afectarea severă a propriei sale identităţi.

Vom prezenta în continuare cele mai semnificative fragmente ale naraţiunii bolnavului din cursul întâlnirilor psihanalitice şi interpretarea acestora.

Pacientul	Interpretarea analistului
Şedinţa 1	
E greu de suportat gândul că *nu mai poţi pune umărul să împingi* la fel ca ceilalţi la carul încărcat cu problemele colectivului. Culmea e că mă enervez uşor şi pentru fleacuri. O simplă observaţie care mi se pare nefondată mă întoarce pe dos şi trezeşte în mine pofta de a *trata cu palme* sau chiar mai mult.	Slăbirea Eului personal. Tendinţe de compensare agresivă.
Şedinţa a II-a	
Acum am *obsesia arcului*. Când mă supără cineva, îmi închipui cum aş încorda un *arc de corn* cu *o săgeată subţire cu vârful metalic* şi cum *săgeata l-ar străpunge pe individ* prin gât, dintr-o parte în cealaltă. Mai înainte, am avut *obsesia spadei* cu care *căsăpeam în stânga şi-n dreapta*, croind un drum lung şi, mai înaintea acesteia, *obsesia mitralierei*. De câte ori nu am simţit mâinile trepidând pe mânerul ei şi *curăţind în faţa mea tot ce mişca*. Uneori, mă întrebam care va fi obiectul viitoarei obsesii, pentru că am mers înapoi pe scara evoluţiei. Probabil *ciocanul de silex* sau pur şi simplu *o piatră*. O piatră e foarte la îndemână şi uşor *aş putea sparge capul cuiva*.	Prezenţa în contextul narativ a simbolurilor agresive de factură falică: arc, săgeată, spadă, cuţit, mitralieră, ciocan, piatră. De notat regresiunea în raport cu obiectul agresivităţii. Cuplarea pulsiunilor agresive cu obsesii şi fobii. Obsesia legată de obiectul agresivităţii. Regresiune obiectuală. Tendinţe agresive manifeste.
Şedinţa a III-a	
Nu pot să-mi explic de ce îmi tot dă târcoale *gândul morţii*. Nu mi-e prea frică. Constat că în ultima vreme *îmi plac în mod excesiv femeile*.	Deturnarea agresivităţii către sine. Compensarea agresivităţii cu dorinţele transferate erotic.

Pacientul	Interpretarea analistului
Şedinţa a IV-a	
Astă-noapte am avut *un vis stupid*. Nu l-am reţinut în întregime, dar ştiu că pentru nu ştiu ce fel de motive *trebuia să fiu ghilotinat*. Am văzut chiar *ghilotina*, diferită de cea pe care o ştiam din poze. Semăna mai mult cu o masă de ping-pong, care avea *cuţitul* la mijloc şi *călăul* la unul din capete, însă alături era *coşul cu rumeguş* care aştepta capul.Nu am ajuns până acolo, că m-am trezit la timp.	Relatarea unui vis, care continuă tematica obsesiilor şi a fobiilor legate de agresivitate. *Teama de moarte (culpabilitate).* Complexul de castrare. Obiectul castrator. Asocierea obiectului castrator cu autoritatea (conflicte cu superiorii şi colegii de serviciu). Teama de a nu fi înlăturat.
Şedinţa a V-a	
Îmi vine să mă compar cu un *cal*. Am impresia că *clocoteşte în mine o energie musculară cum n-am mai avut până acum* şi tare *m-aş duce să tai lemne în pădure*. Mai înainte, *din cauza nedezvoltării fizice, eram timorat*. Intuiesc *trosnet de fălci sub pumnii mei*.	Simbolul energiei, al forţei virile. Compensarea slăbiciunii. Revenirea tematicii agresive. Descărcare pulsională. Complex de inferioritate anterior. Tendinţe agresive compensatorii ale complexului de inferioritate.
Şedinţa a VI-a	
Îi invidiez pe *pustnici* pentru *liniştea, calmul* şi *lipsa probabilă de responsabilitate* de care se bucură. *Să poţi să fii absolut de capul tău, să nu te întrebe nimeni de unele vii şi ce faci, să nu trebuiască să trăieşti sub tirania deşteptătorului şi să ştii că dacă te-ai săturat într-un loc, poţi pleca în altul, iată o sumă de posibilităţi şi libertăţi demne de invidiat.*	Simbolul eliberării. Nevoia de retragere. Nevoia de libertate, de desprindere de constrângeri, de evadare din realitatea cotidiană (profesională).
Şedinţa a VII-a	
Unul dintre *cuţitele de bucătărie* îmi reţine în mod deosebit atenţia. Are *lama prelungă*, în continuarea mânerului, din ce în ce mai subţire şi se termină cu *un vârf bine ascuţit*. *Mi-e frică de el* şi *l-am acoperit cu un ziar. Cel puţin să nu-l văd. De altfel, am grijă totdeauna să nu-l las pe afară* prin bucătărie şi mai ales *noaptea îl ascund într-un sertar*. Mă simt chiar tentat să-l încui. *Mi-e groază de ispita lui* pentru mine sau pentru altcineva.	Simbol falic. Relaţia cu agresivitatea revine. Culpabilitate în raport cu tendinţele sexuale (conflicte cu soţia). Reprimarea tendinţelor agresive care se dovedesc a fi, de fapt, tendinţe-pulsiuni sexuale. Întoarcerea în inconştientul personal. Reprimarea pulsiunilor sexuale. Frică, culpabilitate legate de sexualitate (conflicte cu soţia pe această temă, care vor duce în final la divorţ).

Pacientul	Interpretarea analistului
Şedinţa a VIII-a	
Am rămas pentru trei zile *singur în casă. Liniştea* e aproape deplină, îmi stăruie în urechi doar un zumzet, interior probabil. Trebuie să mă îngrijoreze o astfel de rupere de oameni? Poate, dar *acum sunt într-o groapă de siguranţă, de indiferenţă.* Bănuiesc că dintr-o stare de apatie ca asta tot ieşi singur cu timpul, depinde poate de *când vine impulsul pe care-l aştepţi* şi cum este el. *Îmi face plăcere să stau aşa, să mă simt prins în carapacea asta fără gânduri, ca un clopot ajuns pe fundul mării.*	Nevoia de izolare. Fuga de realitate. Simbolul retragerii în propriul inconştient. Aşteptare. Fenomen de regresiune prin întoarcerea la origini. Simbolică bogată: carapacea (uterul matern), clopot (*idem*), fundul mării (apa primordială, amniosul). Dependenţă de mamă, pe care o proiectează asupra soţiei. Conflicte cu soţia pe această temă. Eşecurile în viaţa sexuală cu soţia.
Şedinţa a IX-a	
Îmi dau târcoale câteva *gânduri, pe care parcă n-aş vrea să le spun.* Prea trag în aceeaşi parte a tragicului şi morbidului. Mă întreb cum aş suporta viaţa, lipsa asta de orizont, bariera de fier care-mi întunecă privirea. Îmi aduc aminte de *ideea criptei.* Ani de zile mi-am imaginat cu groază cum sunt *înghesuit într-o criptă în zid.* Nu mă miră decât această idee aproape halucinantă pe care am avut-o totdeauna în stare de veghe, niciodată în vis.	Rezistenţe. Regresiune infantilă. Dependenţa de mamă. Cripta, simbol uterin. Reintrarea în persoana mamei. Regresiune infantilă.
Şedinţa a X-a	
Îmi trebuie timp, timp fără umbre, fără gesturi în preajmă. *Vreau să mă găsesc* şi numai în timp o pot face. În timp şi în singurătate. Linia dreaptă e admirabilă doar prin încăpăţânare şi nesimţire. *Idealul e curba în care se pot înscrie slăbiciunile şi durerile oamenilor.* Prea nu ştim niciodată unde ne va duce, cu atât mai mult unde se va opri. De ce mă gândesc din nou la *forma prelungă, ademenitor-ameninţătoare a cuţitului de bucătărie?* E de-ajuns *să-l apropii de carne ca să intre sigur. Carnea îl cheamă, se deschide singură în faţa lui, îl atrage din ce în ce mai departe, transformă o biată victimă într-un vinovat.*	Retragerea din realitate. Căutarea propriei identităţi a Eului său personal. Identificarea idealului cu problemele personale. Simbolul curbei: calea către întoarcerea în inconştient. Revine tema simbolică a cuţitului: falică-agresivă-penetrantă. Proiecţie simbolică a actului sexual – derivat din pulsiunile agresive ale pacientului. Simbolul relaţiei cuţit-carne. Coparticiparea agresor-victimă, cu roluri echivalente.

Pacientul	Interpretarea analistului
Şedinţa a XI-a	
Vai de capul meu tulbure şi plat! Mă roade gândul că stau într-un loc, pe un pat pentru care nu pot da acum ce trebuie. Astă-noapte m-am zvârcolit mai mult ca de obicei. Chiar am senzaţia că toată noaptea n-am făcut altceva decât să mă întorc de pe o parte pe cealaltă. Am reţinut o frântură de vis. Mă aflam într-o *clădire*, pe *o scară care cobora* de la primul etaj la ultimul. Cobora, pentru că *această clădire începea de la parter, dar nu avea etaje, ci un subsol după altul, din ce în ce mai jos, mai în adânc. Coboram pe scară spre ultimele sub-subsoluri.* La un moment dat am avut senzaţia că *e cineva sau ceva*. M-am oprit. A început să mă cuprindă teama. Nu-mi puteam imagina că mă aşteaptă ceva rău. M-am întors, car şi din spate cineva mergea după mine. Am căutat să mă grăbesc. Cineva din spate se grăbea, de asemeni. Când primejdia a devenit iminentă, m-am trezit. Îmi pare rău că n-am avut curajul să mă întorc şi să privesc *cine* sau *ce mă urmărea*.	Tendinţă la izolare. Refugiu. Clădirea ca simbol al persoanei. Scara ca simbol al călătoriei, în acest caz „în jos". Coborârea în sine. Clădirea este imaginea simbolică a propriului inconştient. Coborârea ca simbol al regresiunii în inconştientul personal. *Cineva* sau *ceva* este simbolul *imaginii de sine* din inconştientul personal în care nu se recunoaşte, pe care o refuză. Coborârea în propriul inconştient generează angoasă. La plecare este urmărit de propria sa imagine conflictuală a inconştientului, de care se teme şi pe care o refuză. Refuzul de a se întoarce şi de a privi „în sine" imaginea personală din propriul său inconştient.

Cazul prezentat mai sus este deosebit de interesant. El concentrează numeroase elemente conflictual-complexuale pe care psihanaliza, prin investigarea naraţiunii pacientului, le pune în lumină. Este vorba de un bărbat dependent de mamă, care îl domină şi de care nu s-a desprins. Acest lucru a dus la o imaturizare a Eului personal, dificultăţi şi insecuritate în relaţiile cu lumea, cu colegii de serviciu, de unde şi impresia *inutilităţii proprii, complexele de inferioritate şi de culpabilitate. Faţă de* soţie are o atitudine filială, întrucât proiectează asupra acesteia rolul mamei sale. De aici provin conflictele legate de relaţiile sexuale cu soţia şi pulsiunile agresive-falice reprimate de bolnav.

Cazul va eşua în final prin divorţul soţiei de acesta ; fapt care va accentua izolarea şi depresia anxioasă a bolnavului, precum şi incapacitatea acestuia de a comunica cu lumea şi de a-şi îndeplini obligaţiile de serviciu.

Discursul psihanalitic este o relatare a evenimentelor vieţii bolnavului, într-o manieră simbolică, în al cărei context locul central îl ocupă persoana pacientului şi problemele sale. Naraţiunea are caracterul unui discurs cu o mare încărcătură simbolică în raport cu evenimentele psihotraumatizante din copilăria bolnavului care, pe parcursul vieţii, au generat configuraţia tulburărilor nevrotice actuale ale acestuia, explicând totodată eşecurile sale pe plan familial şi socioprofesional.

Cazul prezentat anterior ilustrează un exemplu de discurs psihanalitic de factură narativă, o relatare verbală cu caracter absolut spontan a istoriei „psihobiografice" a pacientului în cursul şedinţelor de psihanaliză. În cele ce urmează vom prezenta un caz la care vom analiza numai visele bolnavului, în succesiunea acestora, ca material utilizat în cursul şedinţelor de psihoterapie analitică.

Cazul L.E.B., femeie de 34 de ani, cu studii medii, foarte cultivată, ce a lucrat ca învăţătoare şi este internată pentru tulburări psihotice cu caracter polimorf. În tabloul clinic al bolnavei semnalăm manierisme, bizarerii şi discordanţă în comportament, idei delirante de urmărire şi erotice, halucinaţii auditive, tactile şi cenestezice localizate în sfera genito-sexuală, stări complexuale de culpabilitate şi inferioritate, o mare încărcătură emoţional-afectivă legată de traumatisme familiale de ordin sexual.

Psihobiografia bolnavei ne relevă o „istorie clinică" deosebit de încărcată de stări psihotraumatizante, conflicte, frustrări, carenţe afective, care au generat încă din copilărie complexe de inferioritate şi culpabilitate, urmate apoi de o căsătorie eşuată, totul culminând cu tulburările clinice actuale.

În copilărie era foarte ataşată de tatăl său, care o iubea şi o proteja. Mama – distantă, dură, rece, aspră – o pedepsea adesea, acordând afecţiune celeilalte fiice. Frustrată de mamă, suferă o a doua frustrare gravă legată de sinuciderea tatălui său, bolnav de cancer. Începe să se izoleze şi să compenseze frustrările prin „stări de reverie solitară".

Se căsătoreşte la vârsta de 20 de ani. Primul raport sexual după căsătorie a constituit un grav traumatism afectiv pentru pacientă, care ne relatează următoarele: „Primul şoc mi l-a produs sperietura de organul sexual al soţului. Aceasta m-a făcut să mă ruşinez. Eram îngrozită că omul meu, iubirea mea, poate fi aşa, şi nu numai spirit. Erecţia am considerat-o ca o «vrajă» pe care o face soţul meu din sadism, ca să mă sperie, ca să mă chinuie. M-a speriat actul sexual în sine. A fost pentru mine ceva catastrofal, imposibil de suportat. Simţeam nevoia să fiu sărutată, mângâiată. Eu iubeam prin cuvinte, nu de la talie în jos. Îmi plăcea să mă mângâie pe coditc. Eram jignită de soţ. Nu am avut niciodată orgasm".

Bolnava, de fapt, „vedea în soţ imaginea tatălui său". Căsnicia a fost un şir de traumatisme afective pe care bolnava le relatează astfel: „Soţul mă bătea, înjura şi brutaliza. Aveam relaţii sexuale când el era în stare de ebrietate. Pretindea să avem raporturi sexuale anale şi orale la care nu mă puteam opune. După relaţiile sexuale orale vomam". În final, va divorţa.

În cursul internării, bolnava a fost sub observaţie clinică. Personalitate de o mare sensibilitate şi imaginaţie, cu o remarcabilă plasticitate patoplastică de convertire somatică a suferinţelor sale psihice, bolnava visa mult. Visele acesteia reprezintă un material psihanalitic de o mare importanţă în înţelegerea dinamicii psihopatologice a afecţiunii sale, şi din analiza lor am descifrat multe aspecte ale suferinţei psihice actuale.

Important este faptul că visele reprezintă o „retrăire" a conflictelor refulate ale bolnavei, complexele de inferioritate şi culpabilitate, frustrările anterioare, situaţia sa oedipiană nerezolvată, identificarea soţului cu persoana tatălui, obsesii şi fobii sexuale, situaţii fantasmatice de incest, fenomene de regresiune etc.

Structura viselor este organizată sub formă de scenarii care se succedă, constituind o construcţie globală cu caracter de „dramă personală" fantastică. Limbajul acestor vise este de un simbolism extrem de bogat şi complex, exprimând într-o formă sublimată problematica conflictuală şi complexele din inconştientul bolnavei respective. Temele sunt adesea reluate în forme variate. În toate visele sale, bolnava este *„personajul" central în jurul căruia este construită întreaga situaţie dramatică*. Vom exemplifica aceste aspecte în continuare.

Visul cu monstrul

I. Am găsit un şirag de mărgele din melcişori tari, de mare, şi un colier de argint, foarte lung. Iau repede şi colierul de melcişori şi pe cel de argint şi, aşa puse unul peste altul, mă omoram cu firea cum să le camuflez mai bine.

II. Furtul reuşindu-mi, intru în camera ce mi se deschide în faţă. Acolo am junghiuri de naştere şi aduc pe lume un monstru de 9 kilograme de un sex ciudat, întrucât ştiam prea bine că e băiat, dar organul lui sexual nu era vizibil datorită creşterii în locul respectiv a unui picior cărnos, al şaptelea dintre cele şapte membre. Gura îi era uriaşă şi cu un singur dinte-cârlig în cerul gurii, două măini laterale obişnuite şi încă două încrucişate pe piept, reduse, cu două picioare obişnuite şi unul gorosolan înfipt în locul despre care am vorbit.

III. Urla sinistru, ca haitele în nopţile lui Faur. Am încuiat orătania în casă şi, când să merg să-mi văd de-ale mele, apărea topăind în picioru-i central, tăindu-mi calea şi clănţănind ameninţător.

IV. Sunt încolţită de „Fiara pământului". Nu ştiu cum se făcu, că piciorul major al propriului meu fiu fu prins în colierul de argint, iar unul din picioarele obişnuite de mărgelele de melcişori. Am căzut peste el. În acelaşi moment, monstrul crescu mare şi m-am pomenit culcată peste un bărbat enorm, cu intenţii murdare. Eram imobilizată de el cu cele două coliere de la gât.

V. Monstrul a scos din sânul lui, ce mirosea a lapte dulce, obsedantul picior, vârându-mi-l spre sufocare pe gură. Deodată m-a trăsnit un miros murdar de urină veche şi fecale de nou-născut. El îmi vârî toată talpa piciorului în gură.

VI. S-a ridicat şi a luat cu el colierul cu care mă înlănţuise. A plecat şi m-a lăsat cu piciorul în gură, pe care reuşii să-l îndepărtez cu limba.

Interpretare: Visul se compune din şase scenarii succesive şi este o construcţie onirică de o mare încărcătură simbolică, de factură conflictual-traumatică în raport cu sexualitatea bolnavei. *Scenariul I*: redă începutul relaţiei şi căsătoria acesteia, simbolul celor două coliere, dar concomitent şi sentimentul de culpabilitate legat de această căsătorie eşuată (furtul colierelor). *Scenariul al II-lea*: culpabilitatea se *converteşte prin naşterea „monstrului", personaj fantastic, terifiant, cu sexul (piciorul* cărnos mare) foarte subliniat, agresiv (dintele ca un cârlig). *Scenariul al III-lea*: apare teama de incest ca agresivitate potenţială. *Scenariul al IV-lea*: fiul bolnavei, „monstrul" sau „Fiara pământului", o atacă, legându-se de aceasta cu cele două coliere (simbolul căsătoriei). Este momentul imaginar al motivului incestului. *Scenariul al V-lea*: realizarea unei relaţii sexuale orale între pacientă (mamă) şi monstru (fiu), care „mirosea a lapte dulce" (identificarea cu propriul copil), prin „introducerea piciorului acestuia în gura bolnavei" (regresiune la stadiul oral), însoţită de repulsia

pacientei (culpabilitate). *Scenariul al VI-lea*: separarea de monstrul-copil care „pleacă cu colierul" (simbolul căsătoriei, dar, de data aceasta, şi al cordonului ombilical), lăsându-şi piciorul în gura bolnavei (stadiul oral al dezvoltării libidinale).

Visul cu dizolvarea

I. Am plecat de acasă, de la ţară, către locuinţa mea de la oraş, luând o damigeană cu apă de ploaie de la streaşina casei mamei, ca dar al ei.

II. Am aşezat damigeana în plasa din compartimentul trenului şi am adormit. Simţeam cum, picătură cu picătură, se prelingea apa din damigeană pe capul meu, dându-mi fiori. Treptat, am început să mă simt ca o plută şi cum corpul mi se umple cu lichid, ca un burete îmbibat. La coborâre, am lăsat damigeana în tren, fiind goală. Simţeam o mare greutate în abdomen şi picioare.

III. Simţeam că fierbe lichidul în mine şi m-am descălţat. Din corp a început să curgă apa care creştea. Eram cufundată în propriul meu lichid până la brâu. Simţeam un cuţit în diafragmă şi nu puteam respira.

Interpretare: Visul, cu caracter simbolic, terifiant, este o construcţie dramatică în trei scenarii. El exprimă regresiunea infantilă a bolnavei, dependenţa de o mamă dominantă, tiranică, incapacitatea de a se identifica cu aceasta (situaţie oedipiană nerezolvată), revenirea la starea originară intrauterină, de embrion. *Scenariul I*: plecarea de acasă, ca simbol al „desprinderii de mamă ratate". Totuşi, va lua cu ea damigeana (simbol al receptaculului uterin) cu „apă de la streaşina casei mamei" (simbolul lichidului amniotic). Dependenţă de mamă, situaţie oedipiană nerezolvată. *Scenariul al II-lea*: transformarea corporală în timpul „somnului" (simbolul stării embrionare, intrauterine) şi umplerea cu apă a propriului corp (plutirea, ca stare a fetusului în lichidul amniotic). *Scenariul al III-lea*: coborârea din tren (simbol al naşterii, la care se adaugă „abandonarea damigenei" care este „goală"), urmată de scurgerea lichidului din corp (eliberarea de mamă), ca desprindere simbolică de starea embrionară, însoţită de dureri şi sufocare (actul fizic al naşterii exprimat simbolic).

Visele acestei paciente sunt construcţii onirice de o mare bogăţie şi complexitate, cu o încărcătură simbolică extrem de variată şi nuanţată, veritabil limbaj prin care sunt sublimate frustrările, pulsiunile refulate, complexele de inferioritate, culpabilitate, castrare şi traumatismele agresiv-sexuale ale acesteia. Personajele de referinţă, cu care se confruntă bolnava în visele sale, sunt mama şi soţul, acesta având variate ipostaze simbolice agresive, de factură sexuală (monstrul).

Aspectele discutate mai sus pun în evidenţă valoarea deosebită a *discursului psihanalitic*, indiferent de forma acestuia (naraţiune liberă, relatarea viselor etc.). Aceste *contexte narative* reprezintă materialul pe care „se operează" actul de interpretare a conţinutului inconştientului pacienţilor, aşa cum se poate, de altfel, observa şi din cazurile expuse mai sus.

Analiza contextelor narative aduce date extrem de preţioase în cunoaşterea dinamicii tulburărilor psihonevrotice, dar, mai cu seamă, acestea constituie preţioase teme pe care se va dezvolta restaurarea psihoterapeutică a cazurilor.

Capitolul 23

Psihoterapiile de inspiraţie psihanalitică

Aspecte generale

Psihoterapiile de inspiraţie psihanalitică îşi au originea în psihanaliza clasică instituită de S. Freud. Ele sunt tehnici de psihoterapie analitică, „desprinse" din psihanaliza ortodoxă freudiană, rezultat al unor „adaptări tehnice"şi „reinterpretări metodologice" ale unor elevi sau colaboratori ai lui S. Freud. Este vorba de un grup de tehnici de psihanaliză care, deşi desprinse din forma freudiană, nu diferă de aceasta decât prin scopurile diferenţiate pe care le urmăresc şi prin adaptările tehnice la aceste scopuri.

Separarea de doctrina iniţială a lui S. Freud are ca rezultat apariţia acestei diversităţi de tehnici „neortodoxe" în psihanaliză. Mişcarea de disidenţă psihanalitică s-a produs în câteva etape, marcate de personalităţi importante din anturajul lui S. Freud. În ordinea producerii acestor separări, îi menţionăm pe următorii:

a) A. Adler este primul care se separă, în 1911, de doctrina lui S. Freud, introducând în sfera psihanalizei o importantă dimensiune socială, reprezentată prin voinţa persoanei de a se afirma ca „putere".
b) Al doilea moment este marcat de separarea de S. Freud a lui W. Stekel în anul 1912. Acesta va pune în valoare sexul şi corpul pacientului în ceea ce priveşte dimensiunile lor cele mai concrete şi mai efective.
c) În anul 1913 se produce separarea de S. Freud a lui C.G. Jung, care critică metoda psihanalizei freudiene şi doctrina acestuia, negând tezele pansexualiste. C.G. Jung aduce o importantă contribuţie în domeniul psihanalizei, în special prin aprofundarea studiului inconştientului, creând psihologia abisală. El pune problema inconştientului colectiv şi a arhetipurilor. În felul acesta, este deplasată atenţia în psihanaliză de la sfera biologicului la sfera culturii, a mitologiei şi religiilor, a moralei, artei etc.

Modalităţile tehnicilor psihoterapeutice de inspiraţie analitică ale personalităţilor *menţionate mai sus, precum şi ale celor care au venit după ele sunt mult mai puţin* riguroase şi simplificate, în sensul că: a) este evitată constrângerea bolnavilor; b) sunt limitate fenomenele de regresiune; c) se adaptează frustrarea la posibilităţile pacientului; d) şedinţele de psihoterapie au loc „faţă în faţă", prin comunicarea liberă, directă, a medicului cu pacientul său; e) durata şedinţelor este de circa 30 de minute şi ele au o frecvenţă de 1-2 şedinţe pe săptămână; f) prezenţa terapeutului în

câmpul vizual al pacientului are ca efect limitarea controlului pacientului asupra propriilor sale gânduri, fantasme şi afecte.

Conţinuturile acestor forme de psihoterapii analitice sunt următoarele : a) *Transferul* este mai puţin utilizat decât în cursul unei cure psihanalitice clasice. El rămâne totuşi un factor esenţial al actului psihoterapeutic. b) *Rezistenţele* au aceeaşi semnificaţie ca şi în cura clasică şi ele sunt considerate la fel de terapeut. c) *Limitele investigaţiilor*, în cadrul acestor forme de terapii analitice, privesc următoarele aspecte : realitatea exterioară ; relaţiile cu obiectele ; luarea la cunoştinţă.

În cazul psihanalizelor respective, *travaliul terapeutului* are caracterul unei activităţi de interpretare. Această interpretare rămâne însă întotdeauna fixată pe problema Eului pacientului.

Indicaţiile acestor forme de psihanaliză sunt următoarele : a) în cazurile la care ne referim, psihoterapia reclamă o motivaţie suficientă din partea bolnavului ; b) în toate cazurile se remarcă un interes real al subiecţilor pentru travaliul de investigaţie asupra lor înşişi ; c) se pune accentul pe capacitatea de verbalizare a subiecţilor.

Formele de psihoterapie

În cadrul psihoterapiilor amintite, distingem trei mari clase de forme : *psihoterapiile analitice*, *psihoterapiile scurte sau focale*, *psihoterapiile analitice de grup*. Le vom prezenta pe fiecare în continuare.

1. *Psihoterapiile analitice*

Cele mai importante forme de „psihanaliză nonfreudiană" sunt reprezentate prin tehnicile propuse şi utilizate de Adler şi Jung. Din punct de vedere tehnic, aceste forme de psihoterapii analitice se caracterizează prin următoarele aspecte : a) participarea analistului este mult mai activă decât în cazul curei psihanalitice clasice ; b) analistul intervine mult mai frecvent în cursul relatărilor bolnavului ; c) rolul analistului este directiv ; d) analistul încetează de a mai avea o atitudine neutră, de factură anonimă ; dimpotrivă, el devine un factor activ de dialog, prin punerea faţă în faţă cu bolnavul său ; e) este utilizată într-o mult mai mică măsură nevroza de transfer.

Vom prezenta în continuare, într-o formă sintetică, principalele caracteristici ale formelor de psihoterapie cuprinse în acest grup.

Psihoterapia adleriană. Negând importanţa sexualităţii infantile şi validitatea teoriei libidoului, A. Adler va pune accentul pe influenţa mediului social în determinismul forţelor biologice. El descrie personalitatea ca pe un ansamblu dinamic orientat către realizarea de sine în cadrul interacţiunilor sociale. Astfel, un rol important revine *sentimentelor de inferioritate*, care determină adoptarea unei atitudini de supunere pasivă, antrenând comportamente compensatoare agresive sub formă de „voinţă de putere", cu caracter nevrotic, veritabilă protestare virilă a individului.

Psihoterapia adleriană explorează „stilul de viaţă" al bolnavului şi modul de compensare a sentimentelor sale de inferioritate. În cursul acestei forme de psihoterapie,

este exploatată relaţia terapeutică, minimalizându-se nevroza de transfer, prin înlocuirea progresivă a voinţei de putere cu sentimente şi interese sociale mai bine adaptate la viaţa comunitară.

Acest tip de terapie „faţă în faţă" favorizează liberele asociaţii ale bolnavului. Metoda psihoterapeutică a lui A. Adler este fundamentată pe următoarele aspecte: a) stabilirea unei relaţii de ajutor; b) analiza stilului de viaţă al pacientului; c) reorientarea modurilor de gândire, a condiţiilor şi conduitelor relaţionale, precum şi a scopurilor vieţii pacientului; d) această tehnică reprezintă o metodă directivă.

Psihoterapia jungiană. C.G. Jung se opune lui S. Freud prin respingerea rolului primordial al sexualităţii infantile în formarea personalităţii şi a vieţii individului. El pune accentul pe *arhetipuri*, structuri definitorii pentru inconştientul colectiv. C.G. Jung are o viziune teleologică asupra vieţii psihice, făcând din *libido* o forţă care stă la baza *funcţiei simbolice* (normală, nevrotică sau psihotică) în legătură cu inconştientul colectiv. Acestea sunt „arhetipurile", reprezentate prin structuri preformate, modele endogene ale experienţei individuale, reprezentări colective, structuri mentale fundamentale.

C.G. Jung, mult mai nuanţat în interpretarea vieţii interioare şi relaţionale a individului, distinge câteva registre principale, şi anume: a) *persoana*: personajul social care se orientează în funcţie de interesele şi de normele transmise de mediul de viaţă; b) *Eul*: construit din experienţele personale anterioare, conştiente ale individului; c) *inconştientul colectiv*, rezervorul arhetipurilor, al experienţelor culturale şi sufleteşti ale întregii umanităţi.

Pentru C.G. Jung, echilibrul psihic se realizează între aceste trei instanţe sau registre ale personalităţii prin următoarele: raportul *anima-animus* sau între principiul feminin şi principiul masculin; introversie, care priveşte interesele centrate pe *sine*; extraversie, *respectiv tot ceea ce priveşte interesele centrate pe lumea exterioară* subiectului.

Psihoterapia analitică a lui C.G. Jung este o explorare a nivelurilor vieţii, a viselor, a producţiilor artistice, derivate toate din sfera inconştientului atât personal, cât şi colectiv. Această psihoterapie are un caracter activ. Ea este centrată pe dificultăţile actuale, minimalizând sexualitatea infantilă şi evitând dezvoltarea unei nevroze de transfer.

Psihoterapia după W. Stekel. Psihoterapia analitică a lui W. Stekel este axată în principal pe studiile psihanalitice de caz, aşa cum se poate desprinde din extraordinara bogăţie a cazuisticii expuse în cărţile sale.

Această formă de psihoterapie analitică pune accentul pe sexualitatea pacientului, dar o corelează cu trupul acestuia, în totalitatea sa. Studiile sunt deosebit de interesante şi amănunţite, investigarea cazurilor mergând în profunzime şi desfăşurându-se longitudinal, pe tot parcursul vieţii individului. În felul acesta sunt scoase la suprafaţă evenimentele psihotraumatizante în scop explicativ, dar şi cathartic.

La W. Stekel, sexualitatea şi relaţia acesteia cu nevrozele prezintă o paletă mult mai nuanţată decât în cazul psihanalizei freudiene, putându-se vorbi de o psihoterapie analitică a sexualităţii.

Psihoterapia lui W. Reich. Această tehnică este, în esența sa, o *analiză a caracterului*. După W. Reich, „formațiile caracteriale sunt o armură psihologică" atât împotriva presiunilor realității externe, cât și împotriva propriilor pulsiuni libidinale ale persoanei bolnavului. Prin urmare, acest tip de psihoterapie va urmări întărirea personalității subiectului.

Psihoterapia „Școlii culturale". Acest tip de psihoterapie este influențat de curentul antropologic dezvoltat în SUA, care pune accentul pe Eul pacientului. Se consideră că procesele nevrotice se manifestă sub formă de tendințe caracteriale inadecvate sau de nevoi contradictorii rău integrate de bolnav.

Cele mai importante contribuții în edificarea acestei tehnici de psihoterapie au fost aduse de K. Horney și H.S. Sullivan. Vom analiza, pe rând, contribuțiile fiecăruia dintre aceștia.

a) *Psihoterapia lui K. Horney.* Acesta consideră că trăsăturile de caracter ale unui adult sunt rezultatul mecanismului de apărare contra anxietății de bază, trezită de sentimentele de epuizare, de abandon, agresivitate și teamă. Toate aceste aspecte sunt legate de modalitatea de creare a unei anumite „imagini de sine" cu caracter ideal, de regulă aprobativ și admirativ. Eșecul concilierii dintre tendințele și atitudinile contradictorii duce la apariția nevrozei.
   Psihoterapia activă și cea directivă îi vor permite bolnavului o înțelegere a caracterului și tendințelor sale contradictorii, conducând în felul acesta către rezolvarea conflictelor.
b) *Psihoterapia lui H.S. Sullivan.* În cazul acestei tehnici de psihoterapie, se pune accentul pe tulburările relației cu pacienții. Se consideră că acestea sunt la originea dificultăților în perceperea realității și în comunicarea cu lumea. Psihoterapia urmărește acum punerea în evidență și valorizarea acelei părți a Eului pe care bolnavul o condamnă și o refuză, având nevoie de aprobare pentru a o accepta.

2. *Psihoterapiile scurte sau focale*

Acestea sunt psihoterapii ale căror fundamente teoretice se găsesc în psihanaliza freudiană clasică, dar a căror tehnică a fost adaptată la obiectivele și necesitățile net delimitate de natura cazurilor avute în vedere (Alexander, Bellak, Malan, Sifneros și Gilliéron).

Caracteristicile acestor psihoterapii sunt următoarele : a) cuprind un număr foarte limitat de ședințe, aproximativ 20-30 ; b) formularea inițială a problematicii pacientului și expunerea ipotezelor psihodinamice pe care acesta își poate permite să le elaboreze ; c) implicarea, în general activă, a terapeutului în confruntarea cu rezistențele bolnavului ; d) analiza imediată a transferului și centrarea interpretării pe teme în raport cu problema principală, neglijându-se alte domenii.

Pentru Alexander și French, terapiile scurte se caracterizează prin următoarele aspecte : a) o atitudine intervenționistă a terapeutului, sugerând liniile de conduită a bolnavului ; b) utilizarea, ca o experiență corectivă, a relației și a situației terapeutice

trăite şi interpretate în cadrul transferenţial sau în cel al vieţii reale a bolnavului; c) în cazul psihoterapiilor respective, bolnavul are posibilitatea netă de a experimenta o relaţie mentală onestă şi deschisă.

În cadrul acestei clase de psihoterapii, menţionăm câteva dintre formele cele mai frecvent utilizate:

a) *psihoterapia inhibitorie reciprocă*, introdusă de J. Wolpe;
b) *terapia voinţei*, preconizată de O. Rank;
c) *psihoterapia centrată pe client* a lui C. Rogers;
d) *analiza existenţială* a lui L. Binswanger.

3. *Psihoterapiile analitice de grup*

Această clasă de tehnici ocupă un loc deosebit de important în domeniul practicii psihoterapeutice, motiv pentru care vom reveni pe larg asupra lor. Ele sunt psihoterapii analitice, în care activitatea medic-pacient este considerabil lărgită prin trecerea de la pacientul individual la grupul de pacienţi.

Caracteristicile psihoterapiilor analitice de grup sunt următoarele: a) răspund la situaţii dintre cele mai diverse; b) reunesc un grup de subiecţi centraţi pe o problemă comună; c) sunt dominate de motivaţia unei dorinţe de formaţie (grupul de sensibilizare); d) implică o anumită nevoie de îngrijire (grup terapeutic); e) utilizează dinamica grupului; f) se urmăreşte stabilirea de relaţii interpersonale şi a unei comunicări pozitive între membrii grupului; g) confruntarea problemelor similare la indivizi diferiţi.

Acest tip de psihoterapie facilitează conştientizarea, de către fiecare membru al grupului, a atitudinilor relaţionale, precum şi a sentimentelor pe care le presupun, sprijinindu-se pe imaginea care conduce individul către ceilalţi membri ai grupului său.

Grupul terapeutic este sediul fenomenelor regresive, în cadrul lui predominând sentimentele comunităţii de scopuri şi de alianţă, favorizând expresii individuale, descărcări emoţionale şi acţiuni de identificare.

Un loc aparte în cadrul acestei categorii de psihoterapii este ocupat de *psihodrama analitică*. Psihodrama, introdusă de J.L. Moreno, se bazează pe aspectul expresiv şi funcţia de catharsis ale jocului dramatic, în care individul „re-joacă" într-o manieră proiectivă dificultăţile sale personale, legate de scenele propriului trecut. Intervenţiile foarte active ale terapeutului (schimbarea rolului, dublajul, dezvoltările imaginare) vizează, de fapt, favorizarea luării la cunoştinţă de către bolnav a problemelor, în scopul detaşării cathartice de acestea. În procesul descris mai sus, un rol important revine dinamicii grupului, comunicării între membrii acestuia, noilor relaţii interpersonale care se dezvoltă, dar şi acţiunii directoare a terapeutului, care supraveghează desfăşurarea acţiunii psihodramatice, orientând-o în sens terapeutic.

Capitolul 24

Psihoterapiile bazate pe sugestie

Aspecte generale

Fenomenele de sugestie sunt cunoscute de multă vreme şi au fost aplicate cu succes încă înainte de a se contura caracterul de psihoterapii al acestora. Etapa preştiinţifică a psihoterapiei sugestive este inaugurată de vechii „terapeuţi magnetizatori", care explicau efectele benefice ale manevrelor lor printr-un mecanism de „reglare a fluidelor nervoase" din corpul bolnavului.

Cel care introduce metoda, creând o vogă deosebită în epocă, este A. Mesmer, cu celebra sa teză referitoare la *magnetismul animal*. Acceptat iniţial cu entuziasm, apoi respins, A. Mesmer are marele merit de a fi adus în discuţie problema *sugestiei* şi valoarea acesteia atât în geneza unei întregi game de manifestări patologice, cât şi a unei forme complexe şi variate de psihoterapie.

Cel care aduce importante precizări în problema sugestiei este P. Janet, în legătură cu analiza fenomenului de *automatism psihologic*. El numeşte *activitate automată* formele cele mai simple, rudimentare ale vieţii psihice. Această activitate automată se caracterizează prin următoarele: a) are un caracter spontan, originea sa fiind situată în persoana respectivă, fără o intervenţie din afară; b) este o mişcare regulată supusă unui determinism riguros, fără variaţii, care scapă controlului voinţei sau liberului arbitru, fiind incontrolabilă de către subiect.

Pentru P. Janet, fenomenele de sugestie sunt în directă legătură cu automatismul psihologic, reprezentând funcţiile psihice elementare. Făcând o trecere în revistă a teoriilor referitoare la sugestie, sunt menţionate următoarele aspecte:

1. Sugestia este considerată ca un fapt psihologic normal, similară ca valoare celorlalte funcţii ale vieţii psihice, integrată sferei automatismului psihologic. Fiind asimilată automatismului psihologic, sugestia este un fapt primar, independent de oricare alte fenomene psihice. Ea este fundamentul care explică alte manifestări, cum ar fi: anestezia, amnezia, schimbările de personalitate, somnambulismul etc.
2. Existenţa unei relaţii care face ca sugestia să fie explicată prin stările de somnambulism, sugestia devenind cu atât mai pregnantă cu cât starea de somnambulism este mai profundă. După Bernheim, în cursul stării de somnambulism, sugestia atinge maximul său de efect.
3. Stările de hiperexcitabilitate psihică stau la baza declanşării fenomenelor de sugestie, susţin Binet şi Féré.

Definiţie, mecanisme, tipuri

Sugestibilitatea este definită ca reprezentând o dispoziţie mentală particulară, care produce la unele persoane o receptivitate şi o supunere docilă la influenţele ce se pot exercita asupra acesteia (A. Porot).

P. Janet, cum arătam, o asimilează fenomenelor de *automatism psihologic*, iar E. Dupré o numeşte *psihoplasticitate*. Sugestibilitatea este un proces psihic complex, în care intervin mai mulţi factori: o constituţie emoţional-afectivă labilă a individului; transmiterea sugestivă a unor stări de la o persoană la alta, prin „inducţie" sau „contagiune" psihică; o anumită relaţie emoţional-afectivă între două persoane.

În ceea ce priveşte mecanismele psihologice ale sugestiei, T. Ribot scoate în evidenţă în principal relaţiile emoţionale interpersonale, bazate în special pe transfer. Astfel, el distinge două tipuri principale de transfer de la o persoană la alta, şi anume: a) transferul prin contiguitate: „O dată ce coexistă stările intelectuale, se formează un complex prin contiguitate", fapt care face ca un sentiment particular să suscite apariţia, la cealaltă persoană, a unui sentiment asemănător. În cazul transferului prin contiguitate, care prin natura sa este automat, stările intelectuale acţionează drept cauze, în timp ce extinderea sentimentelor le este subordonată; b) transferul prin asemănare: „O dată ce o stare intelectuală a fost însoţită de un sentiment viu, acut, oricare alta asemănătoare tinde să suscite la rândul ei apariţia aceluiaşi sentiment" (T. Rbot).

Se poate vorbi despre un veritabil „profil psihologic" de factură caracterială al persoanelor sugestionabile. Referitor la acest aspect, majoritatea autorilor de la sfârşitul secolului al XIX-lea şi începutul secolului XX sunt de acord în a recunoaşte că profilul personalităţilor sugestionabile coincide cu personalitatea istericilor (P. Janet, Legrand du Saule, Moreau de Tours, B. Ball, T. Ribot). Sunt menţionate următoarele caracteristici ale personalităţii sugestionabile: imaturitate emoţional-afectivă; labilitate emoţională; puerilism mental; credulitate; hipersensibilitate; existenţa unor traumatisme infantile de ordin psihologic; dependenţă emoţional-afectivă; un Supra-Ego slab; o anumită îngustare a câmpului conştiinţei; o activitate rapidă, precipitată şi instabilă, discontinuă, nefinalizabilă, ca un fel de „descărcare convulsivă"; activitatea este modificabilă în raport cu influenţele exterioare, aceste persoane neavând capacitate de autodirijare şi, fiind uşor influenţabile, pot fi dominate; o mare deschidere către imitaţie: imitaţia suicidului, a crimei, a altor delicte, prozelitism religios – victime ale sectelor sau ale altor forme de contagiune psihică colectivă (epidemii demonopatice, de posesiune, somnambulism etc.); automatismul ideilor; o hiperemotivitate cu mare labilitate psihică, trecând uşor de la tristeţe la veselie, de la iubire la ură etc.; tendinţă spre mitomanie cu pierderea simţului realităţii; diminuarea voinţei cu pierderea simţului responsabilităţii (aceşti indivizi sunt egoişti, vanitoşi, geloşi, nu pot avea idealuri).

În ceea ce priveşte tipurile de sugestie, Ch. Baudouin distinge următoarele forme: a) sugestia spontană; b) sugestia provocată sau heterosugestia; c) sugestia reflectată

sau autosugestia; d) sugestia imitativă, cu două variante: produsă de imitarea unui model şi indusă prin cultură, lecturi etc.

În ceea ce priveşte gradul de inducţie sugestivă, ca formă de afectare a sferei conştiinţei vigile, se menţionează mai multe aspecte derivate direct din metodele de sugestie utilizate, şi anume: sfatul, persuasiunea, subnarcoza, efectul placebo, hipnoza.

Un aspect ce trebuie precizat ori de câte ori este discutată problema sugestiei este cel care se referă la *sugestie individuală* şi la *sugestia colectivă*. Inducţia sugestivă poate să intereseze numai o anumită persoană, în cazul sugestiei individuale, sau putem avea de-a face cu feromene de inducţie sugestivă colectivă (stări de panică colectivă, superstiţii, psihoze colective, convingeri religioase de tip sectant, fenomene de manipulare a maselor etc.).

Fenomen psihologic extrem de complex şi important, sugestia reprezintă o cale de a influenţa individul, viaţa sa psihică, atât în mod negativ, cum este cazul „inducţiei negative" de factură patogenă (patologie iatrogenetică, psihoze colective, stări de panică etc.), cât şi într-un sens pozitiv, cum este cazul „inducţiei pozitive" cu valoare psihoterapeutică (persuasiune, efect placebo, subnarcoză, hipnoză). Vom analiza în cele ce urmează aspectele psihoterapeutice derivate din utilizarea sugestiei.

1. *Persuasiunea* este o tehnică psihoterapeutică de convingere, prin intermediul căreia terapeutul, medic sau psiholog, caută să-i inducă pacientului său încrederea şi curajul de „a vedea lucrurile în faţă" şi de a putea lupta pentru „a ieşi din situaţie".

Persuasiunea îi oferă pacientului încredere şi curaj, înlăturând prin acestea angoasa pe care o dă necunoaşterea realităţii. B. Pascal spunea că „arta de a convinge constă atât în a accepta, cât şi în a crede". Ea este o tehnică de inducţie sugestivă a unor idei, atitudini, stări de spirit, a unor emoţii cu caracter pozitiv, având semnificaţia unui sprijin moral şi psihologic pentru o persoană aflată fie într-o situaţie-limită de viaţă, fie în suferinţă sau boală.

Ca orice metodă de psihoterapie, persuasiunea are anumite reguli. În primul rând, pentru ca efectul persuasiunii să fie garantat, medicul sau psihologul trebuie să sesizeze starea de spirit, „psihologia" subiectului, problemele acestuia. În sensul acesta se spune despre un medic că este „un bun psiholog" atunci când relaţia cu pacientul său se bazează pe *tact*.

Potrivit lui P. Le Gendre, tactul este una dintre manifestările spiritului de fineţe prin care medicul sau psihologul intră în contact cu bolnavul, pe care-l „simte", după ce l-a „cunoscut" în prealabil. În sensul acesta spune P. Le Gendre că „omul cu tact are antene morale care-i permit să conştientizeze greutăţile sarcinii sale. Omul cu tact este cel care utilizează ochii şi urechile sale pentru a culege impresii, cel care îşi conduce discuţia şi judecata în acord cu modul de a se purta şi fără a exista o contradicţie în concluzii". Medicul sau psihologul pot avea tact înnăscut sau şi-l pot dezvolta pe parcurs. Dar dacă tactul lipseşte complet, acesta nu mai poate fi înlocuit prin nimic şi-i invalidează în exercitarea activităţii de psihoterapie, întrucât arta persuasiunii se întemeiază pe tact.

Trebuie să admitem faptul că sunt persoane total incapabile de a cunoaşte sufletul sau inima altor oameni. Acestea sunt inapte pentru a practica psihologia sau medicina şi cu atât mai puţin psihoterapia sau psihanaliza. Darul, calitatea de a înţelege bolnavul, starea lui de spirit sunt legate de simpatia pe care terapeutul o manifestă faţă de el, de modul în care-l înţelege, şi-l apropie şi încearcă să-l ajute. De aceea, psihoterapia nu trebuie încredinţată unor persoane neautorizate sau lipsite de tact.

După M. Durand, „arta de a persuada un bolnav este o formă specială de elocvenţă, un joc oratoric şi psihologic care urmăreşte conservarea moralului bolnavului. Succesul, în cazul acesta, depinde de armonia relaţiei medic-bolnav". Relaţiile armonice dintre medic şi bolnav sunt de următoarele tipuri: sociale, morale, verbale şi ştiinţifice.

În ceea ce priveşte eşecurile persuasiunii ca formă de psihoterapie, M. Durand menţionează următoarele patru forme de dizarmonii ale relaţiei terapeut-bolnav: a) dizarmonii sociale reprezentate prin inadaptarea medicului sau a psihologului la caz şi circumstanţe; b) dizarmonii morale, reprezentate prin divergenţa caracterului, a opiniilor, a simpatiei; c) dizarmonii verbale, care constau în neînţelegeri, vocabular trivial sau cu dublu înţeles, ironizări etc.; d) dizarmonii ştiinţifice, constând în refuz sau neglijenţă în acordarea asistenţei medicale, superficialitate în modul de a privi şi trata bolnavul, snobism, incompetenţă profesională, căutarea senzaţionalului etc.

O formă opusă persuasiunii este reprezentată prin „noua atitudine" de a spune direct, în faţă bolnavului, mai ales în cazurile grave, incurabile, cu evoluţie cronică sau fatală, „adevărul" despre natura bolii şi a evoluţiei acesteia. Considerăm că această atitudine constituie un traumatism psihic grav pentru bolnav. În toate aceste cazuri, „minciuna" convenţională este întotdeauna preferabilă, ea având un rol psihoterapeutic protector, mai ales în plan moral. Factorul psihologic este absolut esenţial. Nu trebuie să tratăm boala numai cu „remedii farmaceutice", ci şi cu ajutorul cuvântului.

În ceea ce priveşte formele persuasiunii ca psihoterapie, acestea sunt următoarele: discuţia liberă, directă şi deschisă cu bolnavul referitoare la problemele acestuia; oferirea unor exemple pozitive care să-l poată ajuta să lupte în situaţia dată; deturnarea atenţiei bolnavului de la boală la starea de sănătate; redarea încrederii bolnavului în propriile resurse, în forţele sale; redarea speranţei vindecării; îndepărtarea angoaselor; instituirea unui climat de încredere, de linişte sufletească şi optimism pentru bolnav, condiţii psihologice absolut indispensabile redobândirii stării de echilibru psihic.

2. *Efectul placebo*. Cuvântul „placebo" desemnează un remediu prescris mai mult pentru a plăcea bolnavului decât pentru a-i fi util propriu-zis. În sensul acesta, *trebuie deosebit remediul activ, veritabil de simulacrul său inactiv (aqua simplex, mica panis* etc.).

Valoarea unui remediu, a unui medicament depinde de încrederea care îi este acordată de către pacient. Aceasta este în funcţie de trei grupe de factori, şi anume:

a) atitudinea bolnavului faţă de medicină ; b) încrederea pe care bolnavul o are în persoana care recomandă sau prescrie remediul ; c) reputaţia şi modul de prezentare ale remediului (marcă, ambalaj, formă de administrare, preţ etc.). Toţi aceşti factori acţionează asupra bolnavului prin intermediul sugestiei, într-o manieră inconştientă, automată.

În unele cazuri privilegiate (cefalee, insomnii), remediul-simulacru are o veritabilă acţiune terapeutică. Înseşi remediile cele mai active din punct de vedere farmacologic îşi datorează o parte din acţiunea lor pozitivă şi factorului psihologic.

Trebuie făcută însă diferenţa între *placebo* şi *efectul placebo*. *Placebo* este un medicament având o formă farmaceutică de prezentare şi administrare, dar care nu conţine nici un fel de produs farmacologic cu valoare activă. *Efectul placebo* desemnează, după aplicarea unei măsuri terapeutice, diferenţa dintre efectul constatat şi acela care poate fi atribuit naturii fizico-chimice a remediului. Acest remediu poate fi cu totul altceva decât un produs farmaceutic (de exemplu, un tratament fizioterapeutic etc.). Pentru demonstrarea efectului placebo, s-a efectuat următorul experiment pe două loturi de bolnavi cu TBC pulmonar, după cum urmează : a) *lotul de probanţi*, cărora li s-a administrat streptomicină ; b) *lotul de martori*, cărora li s-a administrat un lichid inofensiv ambalat în flacoane de streptomicină. S-a constatat o importantă ameliorare a evoluţiei clinice atât la probanţi, cât şi la martori. La martori, s-au înregistrat ameliorarea stării generale, diminuarea tusei, scăderea temperaturii, efecte similare cu cele observate la probanţi.

Concluzia care se degajă de aici este că boala reprezintă o luptă între factorii de agresiune şi mecanismele de apărare naturale ale organismului bolnavilor. Este suficient un aport minim la nivelul apărării, administrat într-un moment favorabil, pentru a transforma în mod spectacular evoluţia clinică a unei boli grave. Psihologia însă nu este magie, aspectul datorându-se de fapt intrării în acţiune a proceselor de sugestie.

Factorii care influenţează efectul placebo sunt următorii :

a) *Atitudinea pacientului faţă de medicină*. Unii subiecţi sunt „placeboreactivi" sau „placebosensibili", pe când alţii sunt „placeborezistenţi". S-a constatat astfel că sunt mai sensibile persoanele mai echilibrate, cu o inteligenţă normală şi care obişnuiesc să accepte ordinul stabilit. Rezistenţele sunt, de regulă, obiceiurile rigide, critice sau de factură opozantă. Persoanele care au încredere în medicină sunt, în general, placebosensibile.
b) *Încrederea în persoanele care prescriu, recomandă sau administrează remediul*. Se ştie că, de regulă, „un bun medic administrează remedii bune". Încrederea bolnavului în acţiunea remediului este în raport direct cu încrederea pe care acesta o are în medicul care-l îngrijeşte. În acest caz, un rol important îl are fenomenul de sugestie nonverbală. Dacă infirmiera care administrează remediul ştie că este vorba de un „placebo", efectul acestuia este modificat sau chiar complet anulat. Este deci preferabil ca, în primul rând, pacientul să ignore faptul că i se administrează un „placebo" (*tehnica oarbă*), dar, în egală măsură, şi infirmiera să ignore adevărata natură a remediului pe care aceasta îl distribuie

bolnavului (*tehnica dublu orb*). În unele cazuri experimentale de un tip special, se poate utiliza chiar *tehnica triplu orb*, în care atât bolnavul, infirmiera, cât şi medicul curant să nu ştie că se manipulează un medicament de tip „placebo". Încrederea în medicament poate fi influenţată de experienţa anterioară pe care *medicul, infirmiera şi bolnavul o au despre terapeutică.*

c) *Forma farmaceutică a remediului*. Acest aspect joacă un rol deosebit de important. Cu cât remediul mimează mai bine un medicament cunoscut pentru acţiunea sa, cu atât mai mult creşte efectul placebo al acestuia. Se poate exemplifica cu injecţiile intravenoase, perfuziile, apoi tabletele, mai ales cele prescrise în cazurile de insomnii. Urmează, în ordine, drajeurile colorate, apoi cele incolore, tabletele cu gust amar şi apoi cele dulci etc.

d) *Raportul dintre efectul placebo şi sugestie*. Efectul placebo este cu atât mai marcat şi mai durabil dacă este vorba de o afecţiune de tip funcţional care răspunde pozitiv la efectele sugestiei. El este valabil ca efect terapeutic în 80% din cazuri în următoarele situaţii: cefalee, dureri dentare, crampe musculare. În 40% din cazuri se obţin efecte pozitive în tulburările digestive şi cele cardio-vasculare de factură psihosomatică. Leziunile în care efectul placebo dă rezultate sunt papiloamele cutanate şi mucoase (verucile). Nu se obţin rezultate în cazul afecţiunilor grave, cum sunt TBC-ul sau cancerul.

Efectul placebo variază după natura bolii, temperamentul subiectului, forma de prezentare a „medicamentului" şi eficacitatea tratamentelor anterioare. În medie, se consideră că importanţa efectului placebo este de 33% (P. Sivadon). Fenomenele dureroase (sindroamele algice) sunt cele mai sensibile din perspectiva unui rezultat pozitiv. Astfel, cefaleea este anulată în proporţie de 60%, faţă de alte sindroame algice, care sunt influenţate doar într-o proporţie de 30%. Fenomenele anxioase, în special nevroza anxioasă, sunt mai bine influenţate faţă de manifestările obsesionale, care sunt mult mai refractare.

O importanţă deosebită în ceea ce priveşte efectul placebo o au şi variaţiile de sensibilitate şi temperament ale bolnavilor. Efectul placebo este mai bun la extravertiţi, anxioşi şi persoane labile (P. Pichot). Aceşti indivizi sunt, de regulă, mult mai cooperanţi cu personalul de îngrijire medicală. Rezultate slabe se înregistrează la persoanele suspicioase, rigide, introvertite.

Influenţa tratamentelor anterioare este direct legată de efectul placebo. Astfel, efectul placebo va fi maxim în urma unui tratament medical cu efecte favorabile. În mod egal, efectul placebo, dacă nu este la rândul său întărit sau susţinut din când în când şi printr-un tratament farmacologic activ, se va epuiza foarte repede.

Mecanismul de acţiune a efectului placebo

Mecanismul efectului placebo este deosebit de complex. El poate fi în multe privinţe apropiat de cel al reflexelor condiţionate. Psihiatrii de orientare pavlovistă au pus la punct o „cură de somn" (somnoterapie) care se bazează pe acest principiu. Se

administrează bolnavului o doză de fenobarbital care induce somnul şi, în momentul adormirii acestuia, se aprinde o lampă bleu. După un anumit număr de „adormiri barbiturice", fenobarbitalul este substituit cu un „medicament" placebo absolut identic ca aspect. Bolnavul va adormi imediat ce se va aprinde lampa bleu. Rezultate similare se pot obţine asociindu-se la somnifer bătaia unui metronom. După un anumit timp, simpla bătaie a metronomului va produce somnul.

Efectul placebo poate avea efect şi la diabetici, când, după o serie de injecţii cu insulină, o „injecţie" placebo cu aspect similar va fi imediat urmată de scăderea nivelului glicemiei. Rezultă de aici faptul că efectul placebo poate avea la bază ca mecanism o „condiţionare".

Efectul placebo este mai cu seamă vizibil la persoanele adulte. În cazul acestora, acţionează o condiţionare de tip cultural mai mult decât un simplu mecanism fiziologic. La adult, „medicamentul" este un factor important care mediază relaţia medic-bolnav. Din acest motiv, o parte importantă a relaţiei este centrată pe medicament şi efectul acestuia. Sunt menţionate chiar situaţii, destul de frecvente de altfel, când „medicamentul" se substituie complet rolului exercitat de medic. Acesta este cazul acelor bolnavi ce, fără o prescripţie medicală sau utilizând „prescripţii" anterioare sau prescripţii preluate de la alţi bolnavi similari, se adresează direct farmaciştilor de la care îşi procură medicamente cu care se „autotratează".

Rezultă din cele de mai sus faptul că mecanismele care stau la baza efectului placebo sunt *sugestia* şi *condiţionarea*. Specific este faptul că sugestia, în cazul efectului placebo, acţionează prin intermediul „obiectivat" al *remediului*, anodin în fapt, dar care este suportul material al efectului acesteia. Putem spune în acest caz că efectul placebo este o formă tipică de „sugestie armată", în care „factorul psihologic" acţionează ca purtător al efectului terapeutic printr-un „remediu placebo".

3. *Hipnoza*. După „British Medical Association", fenomenul de hipnoză este definit în felul următor: „O situaţie temporară de alterare a atenţiei subiectului, care poate fi indusă de o altă persoană şi în cursul căreia pot apărea o varietate de fenomene spontane, ca răspuns la stimuli verbali sau de altă natură. Acest fenomen include modificări ale conştiinţei şi memoriei, creşterea susceptibilităţii la sugestie şi producerea din partea subiectului a unor răspunsuri sau idei neobişnuite pentru el în condiţii psihologice obişnuite. Diferite fenomene, cum ar fi: anestezii, paralizii şi rigidităţi musculare, modificări vasomotorii pot fi produse, în cazul în care ele nu există, sau pot fi suprimate, în cazul în care ele există, în cursul unei stări de hipnoză".

Istoric. Fenomenele hipnotice sunt cunoscute de multă vreme şi ele se regăsesc sub forme variate în toate civilizaţiile. Este destul de dificil a le denumi sau defini, dar şi a stabili raportul care există între ele. Hipnoza, ca formă de terapie, este semnalată încă din Antichitate.

În anul 1776, A. Mesmer formulează teoria *magnetismului animal*, conform căreia un fluid special se transmite de la un subiect la altul. Ulterior, Marchizul de Puységur, în 1784, descrie somnambulismul provocat sau artificial. Problema magnetismului animal a mai fost studiată şi de Faria (1819), Deleuze (1819), Noizet

(1820), Bertrand (1820). Studiind fenomenele mesmeriene, Braid (1843) şi Liébault (1860) desfiinţează definitiv teoria „fluidelor", introducând termenul de „hipnotism". Referindu-se la hipnotism, Braid consideră aceste fenomene ca pe nişte stări neurofiziologice naturale apropiate de somn. După Liébault (1866), starea hipnotică este un somn provocat în mod artificial, pe cale experimentală, prin exaltarea sugestibilităţii unui subiect normal de către o persoană inductoare (medicul terapeut). Ideile acestuia, care pun baza hipnozei, sunt reluate şi confirmate ulterior de către Bernheim (1884), Beaunis (1887) şi Liégeois (1889). J.M. Charcot (1878) consideră fenomenele hipnotice ca fiind de natură patologică, legate în mod specific de procesele isterice. Contrar opiniilor acestuia, Şcoala de Psihiatrie de la Nancy le consideră ca pe un fenomen psihic normal, datorat sugestiei. Problema a fost ulterior studiată şi de I. Pavlov într-un mod original, legat de reflexele condiţionate, precum şi de P. Janet şi S. Freud.

Teorii despre hipnoză. În ceea ce priveşte teoriile care caută să dea o explicare fenomenelor hipnotice, notăm curentul *fiziologic* şi curentul *psihologic*.

Liébault (1866) defineşte hipnotismul ca pe un somn provocat de exaltarea sugestibilităţii. El este un somn parţial, o stare de inerţie cerebrală, o concentraţie nervoasă specială vecină cu somnul.

După Beaunis (1887), trăsătura caracteristică a acestor stări diferite este suprasiunea temporară, mai mult sau mai puţin completă, a activităţii cerebrale, faptul primordial fiind o acţiune de oprire care duce la o stare de funcţionare neuropsihică particulară.

Brown-Séquard (1882) credea că hipnotismul este un efect şi un ansamblu de acte de inhibiţie şi de dinamogeneză.

Bernheim (1890) defineşte hipnoza ca pe o stare psihică particulară, susceptibilă de a fi provocată, care face să crească, în grade diferite, sugestibilitatea, adică aptitudinea de a fi influenţat printr-o idee acceptată de subiect şi de a o realiza. Această afirmaţie nu se bazează pe aceea că orice idee care se naşte în mintea subiectului aflat în stare de hipnoză tinde să devină şi un act.

J.M. Charcot a dat o interpretare neuropatologică hipnozei, pe care a asimilat-o cu fenomenele clinice întâlnite în isterie. P. Janet crede că hipnoza este o stare de isterie creată în mod artificial prin inducţie.

Numeroşi autori au sesizat însă originea comună atât a hipnozei, cât şi a somnului fiziologic (Vogt, 1894; Forel, 1902; Schilder şi Kanders, 1926; Stockvis, 1937; Kretschmer, 1949). I. Pavlov aduce în discuţie problema somnului parţial. După opinia lui, somnul este o stare de inhibiţie a cortexului cerebral, iar hipnoza este o inhibiţie parţială, în cursul căreia „punctele vigile", neadormite, continuă să rămână în raport cu lumea exterioară. Între stările de veghe şi cele de somn profund, I. Pavlov distinge trei faze hipnotice, şi anume: faza de egalizare; faza paradoxală; faza ultraparadoxală.

După părerea lui I. Pavlov, hipnoza se bazează pe sugestie, care este cel mai simplu şi cel mai tipic „reflex condiţionat" al omului. Ea are următorul mecanism neurofiziologic: sugestia (sau autosugestia) este o excitaţie concentrată a unui anumit punct din creier sub o formă determinată care ulterior se va transforma în act.

După S. Freud, în cazul hipnozei este vorba de o anumită varietate de transfer care se adresează tendinţelor inconştiente, infantile sau instinctuale ale subiectului.

Tehnica hipnozei. Aplicarea în scopuri psihoterapeutice a hipnozei reclamă anumite condiţii absolut necesare pentru reuşita acesteia. Aceste condiţii sunt următoarele:

a) Crearea unei ambianţe de linişte, semiobscuritate, limitarea stimulilor perceptivi care ar putea avea efect asupra subiectului, realizându-se în felul acesta condiţiile favorabile instalării somnului.
b) Fixarea atenţiei subiectului asupra unui obiect sau asupra unei grupe de idei.
c) Acţionarea asupra subiectului cu stimuli auditivi monotoni, cu o mare încărcătură sugestivă şi emoţional-afectivă.
d) Stabilirea unui anumit raport, de inducţie sugestivă, între medic sau psiholog şi pacient, cu scop psihoterapeutic pozitiv.

Orice *şedinţă de hipnoză* este un act de inducţie sugestivă şi ea constă din următoarele faze succesive: a) conversaţia preparatorie, în cursul căreia bolnavii selectaţi sunt instruiţi referitor la tehnica utilizată şi scopurile urmărite; b) aplicarea unor teste de sugestibilitate pacienţilor propuşi pentru hipnoză, care constau din: testul de legănare posturală; testul de ridicare a mâinii sau de apucare manuală; c) stadiile hipnotice reprezintă etapele prin care trece subiectul din momentul inducerii stării de hipnoză până la realizarea completă a acesteia. Între starea de veghe şi transa profundă există o gamă de stări intermediare. Numărul şi natura acestor stări diferă în funcţie de autorii care le-au studiat. După Liébault, ele sunt zece, după Bernheim, sunt nouă, iar Charcot descrie numai trei (letargia, catalepsia şi somnambulismul). Davis menţionează tot trei stări hipnotice (transa uşoară, medie şi profundă). Fiecare dintre acestea are o anumită caracteristică: catalepsia este o stare de anestezie slabă, caracterizând transa uşoară; în cursul transei medii se notează amnezia şi executarea sugestiilor posthipnotice; în cursul transei profunde apare somnambulismul cu halucinaţii senzoriale pozitive sau negative.

Sidis (1919) a descris, în plus faţă de fazele hipnotice menţionate mai sus, şi „transe ultraletargice" sau aşa-numitele stări hipnoide.

În toate cazurile însă, aspectul care intră în primul rând în discuţie este sugestibilitatea la hipnoză.

După Branwell (1912), toate persoanele pot fi practic hipnotizate, în diferite grade, în raport cu nivelul de sugestibilitate al acestora. Pentru I. Pavlov, inducţia hipnotică depinde de tipul de activitate nervoasă superioară, aceasta privind raportul dintre excitaţia şi inhibiţia scoarţei cerebrale, considerată ca dinamică fundamentală a proceselor neuropsihice. Birman (1953) face chiar o clasificare a tipurilor de „activitate nervoasă superioară" în funcţie de sugestibilitatea hipnotică a indivizilor.

În ceea ce priveşte modurile de aplicare a hipnozei, se au în vedere două aspecte: tratamentul prin hipnoză şi tratamentul sub hipnoză. *Tratamentul prin hipnoză* – sau *hipnoza prelungită* – a fost practicat de P. Janet (1889, 1896), Wetterstrand (1899), van Renterghem (1907), Schilder şi Kanders (1927), Rojnov (1953), Bunin şi Sinitzin (1951) şi Levina (1952). *Tratamentul sub hipnoză* are două aspecte: a) sugestia

directă; b) acţiunea terapeutică vizând luarea la cunoştinţă, care constă din următoarele: teoria vizând reeducarea atitudinilor (persuasivă şi educativă); abreacţia experienţelor traumatice; hipnoanaliza, care constă în combinarea hipnozei cu psihanaliza.

Referindu-se la formele hipnozei, Bernheim le clasifică în felul următor:

a) *Fenomene superficiale*, reprezentate prin anestezie, modificări auditive, vizuale, gustative, olfactive.
b) *Fenomene musculare*, de tipul catalepsiei flasce, ceroase sau rigide de tip tetaniform, contracturilor şi paraliziilor, opistotonusului, mişcărilor automate etc.
c) *Fenomene psihice şi mentale*, cum sunt hipersugestibilitatea de diferite grade, amneziile, iluziile şi halucinaţiile pozitive sau negative, sugestiile posthipnotice ale actelor sau halucinaţiilor imediate, hipermneziile cu facultatea de evocare a amintirilor, scrierea automată etc.
d) *Fenomene vegetative*, de natură vasculară, respiratorie, polară, hipersudaţia etc.

Indicaţiile hipnozei. Din cele de mai sus se poate desprinde faptul că hipnoza este o tehnică psihoterapeutică deosebit de complexă, care necesită o pregătire specială, tact, experienţă îndelungată şi subtilitate profesională. Ea depinde mult de personalitatea terapeutului şi nu poate fi la îndemâna oricui. Erorile ce pot apărea au efecte negative, iar hipnoza poate eşua în şarlatanie. Din acest motiv, ea rămâne o tehnică rezervată profesioniştilor experimentaţi.

Hipnoza poate da rezultate spectaculoase acolo unde alte încercări terapeutice au eşuat. Cu toate acestea, este destul de dificil de a-i fixa indicaţiile, acestea variind de la caz la caz. O sinteză rezultată din experienţa generală a psihoterapiei hipnotice o recomandă în următoarele situaţii:

a) *Tulburări psihosomatice*, viscero-funcţionale de tipul gastroenteritelor, colitelor cronice, tulburărilor nevrotice din sfera cardio-vasculară, stărilor alergice, astmului bronşic, ginecopatiilor funcţionale, tulburărilor de dinamică sexuală atât la bărbat, cât şi la femeie, afecţiunilor dermatologice.
b) *În obstetrică*, în special în antrenamentul privind naşterea.
c) În *anesteziologie*, ca formă de sedare pre- şi postoperatorie.
d) În *afecţiunile neurologice*, în special cele de tip funcţional (cefalee esenţială, cauzalgii etc.).
e) În tratamentul unor *afecţiuni psihice*, acestea constituind domeniul cel mai întins în care-şi găseşte aplicare hipnoza. Se consideră, de regulă, că bolnavii psihotici nu pot fi hipnotizaţi din cauza tulburărilor profunde de personalitate legate de prezenţa ideilor delirante, a halucinaţiilor, a tulburărilor afective etc. Utilizarea hipnozei dă însă foarte bune rezultate în cazurile de enurezis, bâlbâială, ticuri, nevroze, isterie, psihastenie.

4. *Subnarcoza*. *Subnarcoza* sau *narcoza liminară* este o metodă care provoacă în mod artificial o stare apropiată somnului, însă în cursul căreia subiectul păstrează

încă posibilitatea de a comunica cu mediul extern. Ea este o „stare hipnagogică provocată" (H. Ey, H. Mignot, J. Sutter).

Întrucât starea de somnolenţă este provocată în scopul de a permite unele operaţii psihologice de investigare sau tratament ale pacientului, metoda mai este cunoscută şi sub numele de „narcoanaliză", „abreacţie", „psihanaliză chimică", „narcoanaliză psihosomatică", „narcodiagnostic" etc.

Tehnici şi metode. În cazul narcoanalizei sunt utilizate, de regulă, barbituricele cu eliminare rapidă, de tipul: pentotal, amital, nesdonal, privenal, evipan, narconumal etc.

Bolnavul este plasat într-o cameră semiobscură şi este aşezat în clinostatism. Produsul este injectat intravenos lent, în prezenţa medicului, în timp ce pacientul este invitat să efectueze o operaţie mintală (numără invers etc.). De îndată ce vocea bolnavului începe să devină păstoasă, privirea vagă, operaţiile intelectuale încete sau incorecte, când apar bâlbâieli sau alte semne ale preadormirii, se consideră că starea de subnarcoză a fost atinsă. Din acest moment se va proceda în mod diferit, în funcţie de obiectivele propuse iniţial.

Metoda constă în realizarea unei disoluţii de ordin reversibil a stării de conştiinţă, care produce elementele psihofiziologice ale adormirii (somn incomplet), de tipul unei conştiinţe crepusculare, dezvoltând sugestibilitatea şi prin aceasta făcând posibilă comunicarea directă a terapeutului cu subconştientul bolnavului.

Caracteristicile stării de subnarcoză sunt următoarele: scăderea stării de vigilenţă; inhibiţia funcţiilor intelectuale de raţionalizare şi sinteză mintală; eliberarea automatismelor psihologice; expresii afective manifestate în formă neelaborată, brută, necenzurată; reevocarea unor conţinuturi amnezice considerate „uitate" de subiectul respectiv; o regresiune globală a personalităţii; creşterea facultăţilor expresive; trăire predominant subiectivă, de mare intensitate.

Durata unei şedinţe de narcoanaliză este de aproximativ o oră, în nici un caz mai mult. În acest interval i se pot pune întrebări bolnavului şi sunt notate răspunsurile sale. Se poate folosi în mod curent şi înregistrarea magnetică a conversaţiei cu bolnavul. În cursul şedinţei, la un subiect normal se remarcă prezenţa unei stări de euforie, uşurinţa asociaţiilor ideatice, stări de reverie, evocări mnezice etc.

Utilizarea practică a narcoanalizei. Din punct de vedere practic, narcoanaliza este utilizată în două direcţii principale: *studii diagnostice* şi *acţiuni terapeutice*. Le vom prezenta în continuare.

a) *Studiile diagnostice* au ca obiectiv depistarea tulburărilor bolnavului, cauza şi sediul acestora. Din punct de vedere *neurologic*, se pot pune în evidenţă sindroame piramidale sau crize paroxistice de epilepsie, tulburări nevrotice variate, tulburări de dinamică sexuală, stări complexuale, traume psihice, frustrări, tulburări isterice sau psihosomatice.

De o importanţă deosebită este explorarea inconştientului: pulsiuni refulate, idei complexuale, stări de tensiune emoţională, simptome nevrotice etc.

b) *Acţiunile terapeutice* din cursul stării de subnarcoză uşurează într-un mod apreciabil unele „manipulări" cu efect psihoterapeutic ale subiectului. Acestea trebuie

să aibă, în mod exclusiv, un scop de restaurare terapeutică. De fapt, nu subnarcoza vindecă, ci ea reprezintă o „cale" sau o „poartă" pentru acţiunea psihoterapeutică propriu-zisă.

În cazul subnarcozei, ca şi în acela al hipnozei, sugestibilitatea pacientului creşte, prin permeabilizarea „filtrului cenzurii subconştientului". Pacientul devine, în aceste condiţii, mult mai receptiv la comenzile care i se dau, la acţiunile sugerate de experimentatorul care-l investighează din punct de vedere diagnostic sau la acţiunile psihoterapeutului.

Psihoterapia din cursul narcoanalizei urmăreşte două aspecte principale, şi anume: provoacă exteriorizarea unui conţinut afectiv latent, legat de unele amintiri „uitate" sau refulate de subiect (abreacţie, catharsis); realizează „jocul dublu" sau „bipolar" dintre narcoanaliză şi narcosinteză, constând într-o primă etapă în exteriorizarea conţinutului inconştientului şi, în a doua etapă, în reclasarea acestor date pe care le integrează armonios în sfera personalităţii proprii, suprimând astfel acţiunea patogenă a conflictelor profunde şi producând o satisfacţie pentru subiect. Din această cauză, narcoanaliza poate fi considerată ca o formă de psihoterapie abisală.

Un aspect particular al subnarcozei, destul de mult discutat şi controversat, îl reprezintă utilizarea acestei metode în scopuri medico-legale. Oportunitatea utilizării narcoanalizei în medicina legală rămâne o problemă deschisă. Între folosirea medico-psihologică a subnarcozei şi folosirea abuzivă a acesteia de către organele de poliţie, în ancheta penală etc., sunt diferenţe extrem de importante, care pot merge până la punerea în discuţie a statutului juridic al persoanei şi a drepturilor şi libertăţilor individului.

Subnarcoza nu trebuie utilizată în domeniul medicinei legale decât în scopuri exclusiv diagnostice şi numai atunci când suntem confruntaţi cu situaţii neclare, îndoieli, neconcordanţe de diagnostic. Abuzul în utilizarea acestei metode face ca ea să fie transferată din sfera practicilor medicale în cea a practicilor de constrângere penală, fapt care, dincolo de aspectele juridice, pune în discuţie probleme serioase de etică şi deontologie medicală.

Capitolul 25

Psihoterapiile de susţinere şi comportamentale

Aspecte generale

Aspectele analizate anterior pun în evidenţă marea diversitate a formelor de psihoterapie. Din punct de vedere tehnic, *psihoterapiile* se clasifică după *modul lor de acţiune* şi după *nivelul personalităţii* la care îşi exercită în mod electiv acţiunea.

Astfel, se poate spune că *psihanaliza* acţionează în principal asupra sferei *inconştientului*. Psihoterapiile bazate pe *sugestie* acţionează predominant asupra *subconştientului individului*, permeabilizându-l, şi în felul acesta uşurează accesul către inconştientul pacientului (hipnoza, oniroanaliza etc.).

Psihoterapiile care utilizează *tehnicile de relaxare* acţionează asupra *tonusului muscular* al individului, iar *tehnicile comportamentale* asupra *comportamentului*. Ne vom ocupa în cele ce urmează de acestea din urmă.

Psihoterapiile de susţinere

Definiţie şi cadru. Psihoterapiile de susţinere sunt psihoterapii necodificate, fără o referinţă terapeutică precisă şi fără o tehnică specială. Ele sunt practicate în situaţii diferite şi se bazează pe „susţinerea" pe care o persoană o poate oferi alteia în cadrul relaţiilor interpersonale.

Psihoterapiile de susţinere nu vizează obţinerea unor schimbări psihologice profunde, ci mai mult o întărire a capacităţilor adaptative ale unui subiect prin punerea în acţiune a mijloacelor de apărare ale acestuia. În sensul acesta, psihoterapia poate aduce o ameliorare simptomatică, de degajare de constrângerile exterioare, facilitează adaptarea subiectului şi-l ajută să poată traversa mai uşor perioada de criză.

Atingerea acestor obiective necesită stabilirea unei relaţii pozitive între pacient şi terapeutul său, favorizând în felul acesta acţiunea transferenţială a subiectului.

Metode şi mecanisme. În această privinţă se discută următoarele aspecte:

a) *Încurajarea verbalizării*. Expresia verbală a emoţiilor aduce adesea o uşurare importantă şi o relaxare a tensiunilor interioare. În felul acesta este favorizată reeducarea şi, dacă ea este încurajată, înţelegerea intuitivă a conflictelor subiacente, care adesea cresc anxietatea şi inhibiţiile.

Punerea în joc a unor experienţe psihice penibile pentru subiect permite limitarea caracterului lor dramatic, a sentimentelor de izolare, incomunicabilitate şi culpabilitate care le însoţesc.

În ultimă instanţă, sunt respectate rezistenţele subiectului.

b) *Liniştea*. Se vor respecta şi cultiva atitudinile de linişte, de curaj, de optimism ale subiectului, prin explicarea situaţiilor dramatice ale acestuia, cum ar fi: o criză de angoasă este o experienţă de moarte iminentă, dar totuşi ea nu reprezintă un pericol de moarte real; o depresie intensă este o experienţă de pesimism total, dar care nu este justificată şi deci poate fi compensată.

În toate aceste situaţii, încurajările trebuie înţelese şi acceptate de subiect.

c) *Sfaturi şi sugestie*. Sfatul acordat trebuie să ţină seama de experienţa subiectului şi de posibilităţile de realizare a recomandării făcute. Întotdeauna, sfatul trebuie să aibă caracterul de opinie, şi nu de ordin. El trebuie să privească modul de viaţă al bolnavului, anumite decizii importante ale acestuia, dezvoltarea şi realizarea capacităţilor sale, eliminarea eforturilor sterile. Trebuie să se ţină cont de nevoile şi mijloacele pacientului.

Probleme speciale ridicate de metodă. Susţinerea este eficientă numai în cazul în care terapeutul oferă bolnavului o „bună imagine paternă", permisivă şi gratifiantă. În această situaţie, terapeutul va accepta un anumit grad de dependenţă din partea pacientului său. Această dependenţă poate risipi angoasa şi sentimentele de solitudine, de izolare a bolnavului. Există însă riscul pentru bolnav de a deveni dependent de terapeutul său.

Psihoterapia de susţinere se poate acorda în mod complementar, asociindu-se cu alte forme de terapii nepsihologice.

Indicaţiile acestei forme de psihoterapie sunt multiple şi ele au în vedere mai mulţi factori, după cum urmează: starea pacientului (depresie, nevroze decompensate, perioade de readaptare); situaţiile de criză sau stările reactive ale pacienţilor la evenimentele psihotraumatizante ale vieţii cotidiene.

Metodele de relaxare

Definiţie şi istoric. Relaxarea se defineşte ca o stare de destindere musculară a individului. Utilizarea ei în psihoterapie se bazează pe relaţiile care există între *tonusul muscular* şi *viaţa emoţională* şi pe posibilitatea de autocontrol al tonusului muscular, prin aceasta realizându-se o destindere emoţională.

O cercetare de ordin istoric pune în evidenţă că psihoterapiile de relaxare s-au desprins din metodele de hipnoză (Charcot, Bernheim, Freud). O. Vogt a descris chiar „autohipnoza", care permite subiectului aflat în situaţii de criză psihologică să-şi inducă o stare de destindere, împiedicând în felul acesta situaţiile emoţionale să devină patogene.

J.H. Schultz dezvoltă, plecând de la metoda lui O. Vogt, varianta de psihoterapie numită *autogene training*, o metodă de autohipnoză care constă într-o modificare autosugerată a tonicităţii musculare în scopul obţinerii unei destinderi generale a organismului. În final, metoda reuşeşte să inducă somnul fiziologic cu efectele sale pozitive.

E. Kretschmer introduce metoda „hipnozei fracționate progresive", iar E. Jacobson dezvoltă aspectele fiziologice ale relaxării. J. de Ajuriaguerra propune metoda reeducării psihotonice.

Tipuri de metode. Sunt discutate următoarele metode:

a) *Metoda* autogene training *a lui J.H. Schultz*. Acesta definește metoda ca pe un mijloc de ajunge tu însuți la o stare de autohipnoză pură, fără o inducție din afară. Se urmărește în felul acesta obținerea unei deconexiuni psihice și fizice prin detașarea subiectului de mediu. Este, de fapt, o stare de tip hipnoid, care se obține prin destindere musculară și vasculară, realizată în urma unor exerciții repetate.

Starea de destindere și deconectare este însoțită de senzații fizice de greutate și de căldură. Participarea activă a subiectului este indispensabilă în efectuarea acestor exerciții.

Metoda relaxării constă în mai multe exerciții, și anume:

1. Primul exercițiu constă în autoconcentrarea pe senzația de destindere musculară și de greutate în brațul drept.
2. Al doilea exercițiu constă în obținerea progresivă, prin autosugestie, a unei senzații de căldură a membrelor.
3. Al treilea exercițiu constă în conștientizarea bătăilor inimii, a mișcărilor respiratorii, senzația de căldură abdominală, senzația de rece în regiunea capului și mai ales la frunte.

Exercițiile se execută în poziția de clinostatism sau în poziția așezat în fotoliu, cu ochii închiși și stare de calm interior. Durata unei ședințe este de 15-30 de minute, iar exercițiile se desfășoară pe o perioadă de 2-3 luni.

b) *Metoda lui Jacobson* este cunoscută ca metodă de „relaxare propriu-zisă" și este puțin diferită în raport cu metoda lui Schultz. În cazul acestei metode, inducția relaxării se bazează pe luarea la cunoștință a senzațiilor proprioceptive ale contracției, apoi ale relaxării musculare, educarea senzitivă favorizând controlul tonic muscular.

Metoda relaxării a lui Jacobson dă rezultate bune în următoarele situații: stări nevrotice; tulburări psihosomatice; tulburări tonice localizate.

c) *Metoda lui Ajuriaguerra și Lemaire* mai este cunoscută și sub denumirea de metoda de „reeducare psihotonică". În cazul său este utilizat procesul de relaxare într-o manieră indusă, după metoda lui Schultz. Scopul metodei constă în achiziția capacității de destindere, permițând în felul acesta utilizarea „trăirii corporale" a subiectului ca un element de dialog cu ceilalți. Psihoterapia utilizează regresiunea obținută prin destinderea corporală, pe care o raportează la situațiile emoționale arhaice.

În cursul curei intervine terapeutul, care încurajează verbalizarea percepțiilor corporale de către subiect și luarea la cunoștință a rezistențelor tonice. Prin aceste aspecte, metoda se întemeiază atât pe conceptele psihanalitice, cât și pe tehnicile controlului tonusului muscular.

d) *Metoda lui Sapir şi Reverchon* caută să favorizeze o regresiune foarte profundă, în cursul căreia terapeutul intervine în calitate de personaj cu un rol matern şi de încurajare a expresiei fantasmelor arhaice legate de erotizarea percepţiei corporale.

Indicaţiile generale ale psihoterapiilor de relaxare. Acestea nu au un caracter strict specific, ci trebuie doar să ţină cont de numeroasele aspecte ale personalităţii subiectului. Indicaţiile metodelor respective depăşesc sfera psihiatriei, putând fi utilizate cu deosebit succes şi în următoarele situaţii: astmul bronşic; colopatiile cronice; hipertensiunea arterială oscilantă; patologia musculară; reeducarea neurologică; crampe musculare; naşterea fără dureri.

În domeniul psihiatriei, metodele de relaxare au indicaţii în următoarele situaţii: stările anxioase cu expresie somatică; crizele de angoasă acută; stările de tensiune psihică (cefalee, crampa scriitorului, bâlbâială etc.); stările de labilitate emoţională sau neurovegetativă (tulburări cardio-vasculare, digestive, cutanate etc.); tulburări de somn; tulburări de dinamică sexuală.

Psihoterapiile comportamentale

Definiţie şi cadru. Acest grup de psihoterapii cuprinde un ansamblu de tehnici terapeutice care utilizează, în domeniul clinic, datele stabilite de psihologia experimentală şi, în special, pe cele oferite de teoriile învăţării. La baza metodelor stă *behaviorismul*, care se deosebeşte în mod radical de psihologia dinamică.

Fundamentele teoretice ale acestor metode psihoterapeutice le reprezintă comportamentalismul şi teoriile învăţării. Să insistăm asupra acestor aspecte.

Comportamentalismul. În cazul comportamentalismului, se pleacă de la datele oferite de teoria behavioristă. Conform acestui punct de vedere, Watson propune eliminarea din cercetarea psihologică a fenomenelor de conştiinţă, studierea exclusivă a comportamentului obiectiv şi manifest. Se postulează în felul acesta că orice comportament uman este un comportament învăţat. Un rol esenţial revine mediului, prin acţiunea stimulilor asupra individului şi a efectelor produse de acesta, aşa cum se poate vedea mai jos:

În sensul acesta, Watson afirmă că „noi *suntem* ceea ce *facem*, iar ceea ce facem noi nu este decât ceea ce mediul ne determină să facem. A se comporta înseamnă a acţiona. Comportamentul este ceea ce organismul face şi zice".

Un comportament patologic nu este fundamental diferit de unul normal. El este numai un comportament *inadaptat, periculos pentru subiect şi penibil pentru anturajul* acestuia.

Indiferent că este normal sau patologic, un comportament poate fi modificat, suprimat sau înlocuit cu un altul mai adaptat prin aplicarea metodelor de învăţare.

Scopul terapeuticii nu este de a vindeca o boală sau de a modifica o personalitate, ci de a suprima comportamentele nedorite. Vindecarea vine sau este obținută prin dobândirea de către subiect a unui tip de comportament adecvat și satisfăcător.

Teoriile învățării sunt numeroase și ele constituie o importantă bază teoretică pentru psihoterapiile comportamentale. În sensul acesta, menționăm următoarele aspecte: teoria condiționării a lui I. Pavlov; teoria condiționării operante-instrumentale; teoria învățării sociale sau învățarea vicariantă (procesul prin care comportamentul unui subiect se modifică datorită simplei observări a comportamentului unui alt subiect care-i servește ca model simbolic; situația reprezintă, de fapt, un act de imitație).

Principiile generale ale terapiilor comportamentale

Acestea întrunesc aspecte diferite, constând în următoarele:

a) Modalitățile curei sunt dominate de noțiunea de *contact*. Terapia implică o definire clară a comportamentelor de către pacient și terapeut, o explicare precisă a lor. Un rol important în conștientizarea emoțiilor pacientului, în controlul interacțiunilor sale cu lumea și cu mediul ambiant îi revine și motivației acestuia.
b) Definirea manifestărilor patologice, care reprezintă obiectul terapiei: istoricul tulburărilor; modalitățile de apariție a tulburărilor; situațiile și stimulii care au declanșat tulburările; conduitele subiectului; emoțiile și senzațiile care însoțesc comportamentul patologic; imaginile și ideile pe care pacientul le elaborează.
c) Evaluarea precisă și cuantificată a comportamentului pacientului de către terapeut.

Desensibilizările sistematice reprezintă tehnica comportamentală cea mai uzuală. Ea se bazează pe principiul *inhibiției reciproce*, care constă din următoarele: „Dacă, în prezența unor stimuli declanșând anxietatea, se instalează un răspuns antagonist de a o suprima, legăturile unind stimulii și anxietatea slăbesc" (Wolpe).

Desensibilizarea sistematică face parte din „tehnicile de contracondiționare", prin care se încearcă să se înlocuiască un comportament inadaptat și nedorit cu un altul, incompatibil cu primul.

Tehnicile asertive urmăresc afirmarea sinelui. Comportamentul asertiv cuprinde toate atitudinile și conduitele prin care un individ este capabil de următoarele acțiuni: de a se afirma în fața altuia; de a-și apăra propriul său punct de vedere; de a-și stabili, susține, apăra și obține propriile sale drepturi, fără a-i leza pe ceilalți.

Aceste tehnici vizează dezvoltarea posibilităților de comunicare și de eficiență socială, având în vedere, în primul rând, următoarele categorii de subiecți: persoane inhibate; persoane cu fobie socială; persoane cu o timiditate excesivă; persoane cu bâlbâială fobică; persoane cu stări anxioase.

Comportamentul social se exprimă prin răspunsuri deschise, deși el este dominat de procesele „interne" (gânduri, imagini mentale, emoții) care declanșează confruntări cu ceilalți.

Tehnicile cognitive. În cazul lor se pune accentul pe „evenimentele interne" (gânduri, discursul interior, credinţe, imagini mentale, sentimente), fenomene care sunt supuse procesului de învăţare, fiind utilizate ca mijloace pentru a induce alte modificări comportamentale.

Un ultim aspect care intră în discuţie este cel legat de *tratamentul tulburărilor sexuale*, în special al celor de natură dinamică. În cazul acestor tulburări psiho--sexuale, se consideră cuplul ca un ansamblu, partenerii fiind implicaţi într-o relaţie în care sexualitatea este insuficient satisfăcută, cu consecinţe negative asupra ambilor. Cele mai frecvente indicaţii ale acestei terapii le reprezintă următoarele situaţii: *impotenţa masculină*, *ejacularea precoce*, *disapreunia şi vaginismul*, *frigiditatea şi* anorgasmia.

Capitolul 26

Psihoterapiile de grup

Aspecte generale

Psihoterapia de grup este o metodă care apare relativ recent în cadrul psihoterapiilor. Aspectul fundamental al său constă în valorificarea particulară a punerii în formă, prin apartenenţa la un grup, a vieţii relaţionale a individului. Tehnicile psihoterapiei de grup cunosc o mare varietate, dar, în ultimă instanţă, toate utilizează noţiunile pe care le furnizează teoria microsociologiei a lui J.L. Moreno.

Sociometria lui J.L. Moreno este o metodă care studiază relaţiile psihologice simpatetice dintre indivizi în cadrul contextului social-istoric dat. În societatea normală, aceste relaţii sunt de trei feluri: relaţii de *atracţie*, de *respingere* sau de *indiferenţă*. Pe baza lor se stabilesc raporturile interpersonale dintre membrii aceleiaşi societăţi. În sensul acesta, J.L. Moreno utilizează următoarea schemă: *A* şi *B* se găsesc în relaţie de *atracţie mutuală*, *respingere mutuală*, *indiferenţă mutuală* sau *atracţie-repulsie*, *atracţie-indiferenţă*, *indiferenţă-repulsie*. Aceste relaţii interindividuale simpatetice pot avea urmări psihologice pozitive sau negative, întrucât ele ajută sau împiedică dezvoltarea personalităţii. Aspectele legate de dinamica sau, mai exact, *de psihodinamica grupurilor îi interesează pe educatori, psihologi, psihiatri, sociologi.* Aceste tipuri de relaţii, când au un caracter pozitiv, pot duce la lichidarea conflictelor de natură psihologică dintre oameni (antipatii, repulsii, nepotriviri temperamentale, dificultăţi de comunicare etc.), cu efecte terapeutice restauratoare.

Din punct de vedere istoric, metoda psihoterapiei de grup a fost utilizată de numeroşi specialişti. Rosenstein o aplică la debilii mintali, Ghiliarowski, la persoanele cu tulburări obsesive, Schuberl, în cazurile de dislalie, Hirschfeld, la persoanele cu tulburări de dinamică sexuală, Lapell, la bolnavii schizofrenici.

J.L. Moreno (1931) introduce sintagma de *„psihoterapie de grup"*, pornind de la experienţele jocului dramatic şi influenţele acestuia asupra echilibrului emoţional al indivizilor. Metoda se desfăşoară într-un cadru special amenajat, care reproduce aspectul unui „teatru improvizat" (*das Stegreiftheater*). J.L. Moreno este cel care a introdus tehnicile de *psihodramă* şi *sociodramă*, conturând în felul acesta domeniul *sociometriei*. Ulterior, metoda a fost preluată de Schilder, Bender, Slavson, Bieber, Bion, Ezriel, Foulkes, Sutherland, Lebovici, Anzieu.

Principiile generale ale psihoterapiei de grup

După B.J. Sadock, psihoterapia de grup este o formă de tratament în care bolnavii cu tulburări emoţionale, aleşi cu grijă, sunt plasaţi într-un grup condus de un terapeut, în scopul întrajutorării prin efectele produse de schimbarea dinamicii personalităţii.

În înţelegerea dinamicii procesului de psihoterapie de grup, trebuie avute în vedere câteva aspecte, pe care le vom dezvolta în continuare.

a) Noţiunea de *rol* priveşte comportamentul determinat atât prin structura individului, cât şi prin situaţia sa în grup, în funcţie de contraatitudinea celorlalţi membri ai grupului. În cadrul studiului relaţiilor şi al rolurilor, sunt puse în evidenţă două aspecte: trebuie să se ţină seama de posibilităţile reciproce ale membrilor grupului în funcţie de structura acestuia; trebuie să se studieze rolul bolnavilor în grupurile naturale, prin încercarea reproducerii artificiale a diverselor situaţii.
b) *Echilibrul economic* al personalităţii constă în comparaţia dintre beneficiile pe care le obţine un individ în diversele situaţii în care acesta se găseşte şi frustrările care-i sunt impuse de către aceleaşi situaţii.
c) *Dinamica grupului* determină atât rolul individului, cât şi posibilitatea acestuia de a se putea identifica cu grupul respectiv. Ea are mai multe aspecte, după cum urmează: în cadrul fiecărui grup, comportamentul individului este evident determinat de calităţile sale, de structura evolutivă a Eului personal, de „figura" pe care acesta o adoptă pe fondul grupului de care aparţine. Terapeutica insistă pe faptul că medicul curant trebuie să introducă în grup bolnavi trataţi, care să devină figura centrală, respectiv „obiectul" identificării comune; tipologia grupului se referă la relaţiile umane, la analiza stărilor de tensiune din relaţiile interindividuale şi a comunicării din interiorul grupului respectiv; în cadrul grupului, un rol important îl are fenomenul de rejecţie a devierii; un alt rol în dinamica grupului îl deţin următoarele aspecte psihologice: identificarea reductorie, „situaţia-oglindă", energia narcisică a grupului.
d) *Structura internă a grupului* ne oferă două aspecte de microsociologie cu valoare deosebită, şi anume: un aspect care urmăreşte să precizeze căutările emoţionale ale individului, respectiv „psihograma"; un aspect care caută să realizeze misiunea pozitivă a grupului, respectiv „sociograma".

Organizarea şi activitatea grupelor terapeutice

Grupele psihoterapeutice sunt compuse din bolnavi cu diferite tulburări psihice, în scopul ameliorării şi corectării problemelor de personalitate, structurale sau dinamic-relaţionale, ale acestora.

Un grup terapeutic este constituit din 5-10 persoane (bolnavi), la care se adaugă persoana terapeutului. Membrii grupului împreună cu terapeutul sunt aşezaţi în cerc. Bolnavii nu se cunosc între ei; nu au nimic comun în afara întâlnirilor din cadrul

grupului terapeutic, alte contacte fiind absolut excluse. Aceste întâlniri de „grup terapeutic" sunt interpretate ca având semnificaţia „trecerii la act", a reflectării rezistenţelor şi a conflictelor personale în cadrul grupului.

Wolf şi Schwartz recomandă ca bolnavii să se întâlnească o dată pe săptămână şi în absenţa medicului psihoterapeut. Durata şedinţelor este, în medie, de o oră şi jumătate, cu o frecvenţă de două şedinţe pe săptămână. În ceea ce priveşte forma şedinţelor terapeutice, acestea pot fi: *grupe deschise*, respectiv grupele în care noi membri sunt admişi pentru a completa golurile lăsate de cei care le-au părăsit; *grupe închise*, reprezentând acele grupe care rămân „omogene" pe toată durata tratamentului.

Bolnavii care urmează a fi incluşi în cadrul grupului terapeutic sunt selecţionaţi de medicul sau psihologul terapeut după următoarele criterii: în funcţie de scopul urmărit şi de problemele pacienţilor; se caută ca pacienţii să aparţină aceleiaşi grupe de vârstă; este indicat ca grupul să aibă acelaşi nivel intelectual şi de pregătire culturală; grupul trebuie să cuprindă persoane de ambele sexe.

Referitor la cele de mai sus, Bion pune accentul, în formarea şi dinamica grupului, pe aprehensiunea esenţială, distingând în sensul acesta trei forme: *grupul de dependenţă*, când acesta acţionează ca atunci când ar avea nevoie de un lider care să satisfacă nevoile sale de dependenţă; *grupul de atac-fugă* este grupul reunit pentru a lupta, în comun, contra unui pericol; *grupul de cuplaj* este acela în care sentimentele de speranţă şi cele de aşteptare se opun sentimentelor de ură şi de distrugere.

În cazul activităţii de psihoterapie de grup, o atenţie particulară trebuie acordată *terapeutului*. Acesta poate fi medic sau psiholog şi de capacităţile lui profesionale şi psihologice depind în mod direct succesul sau eşecul terapeutic al activităţii respective.

Whitehorn şi Betz disting astfel două tipuri de psihoterapeuţi, după cum urmează: *tipul A* de terapeut, mai activ, ferm, în special în ceea ce priveşte libera exprimare a atitudinilor personale ale bolnavului; *tipul B* de terapeut, pasiv, permisiv, care oferă pacienţilor interpretările ca pe o formă de instrucţie.

În ceea ce priveşte *rolurile terapeutului*, acestea sunt: directiv, stimulativ, extensional şi interpretativ.

Modul de desfăşurare şi mecanismele psihoterapiei de grup

Aşa cum am arătat deja, prima etapă este cea de recrutare a subiecţilor de către terapeut, după criteriile menţionate. Se trece apoi la stabilirea programului şi la desfăşurarea şedinţelor săptămânale de întâlnire terapeutică. Fazele evolutive ale terapiei de grup sunt considerate următoarele: a) *includerea*, care vizează selectarea şi acceptarea membrilor grupului de către lider. Aici intră în joc şi o anumită „atitudine de acceptare simpatetică" de către lider a subiecţilor săi; b) *forţa* desemnează faptul că membrii admişi ai grupului sunt dependenţi de liderul acestuia; c) *afecţiunea* este o condiţie care trebuie realizată între membrii grupului terapeutic în vederea unei bune cooperări, sprijinului şi comunicării reciproce.

În cadrul psihoterapiei de grup sunt puse în acţiune câteva aspecte dinamice care reprezintă *procesele grupului*. După Corsini şi Rosenberg, acestea sunt reprezentate prin următoarele: a) *factorii intelectuali*: universalizare, intelectualizare, observarea ca spectator (imitarea şi identificarea); b) *factorii emoţionali*: acceptarea, altruismul, procesele de transfer (individual sau colectiv); c) *factorii de acţiune*: testarea realităţii, interacţiunea, ventilaţia şi catharsisul.

Tipurile de psihoterapii de grup

Aşa cum se poate desprinde din cele de mai sus, psihoterapiile de grup urmăresc o mare varietate de aspecte şi dispun de mecanisme terapeutice multiple. Din acest motiv, ele reprezintă o grupă de psihoterapii colective ce reunesc în componenţa lor numeroase tehnici. În plus, aşa cum este cazul tehnicilor psihoterapeutice, acestea pot fi „adaptate" necesităţilor practice sau circumstanţelor curei, încât, din punct de vedere teoretic, rămâne la latitudinea fiecărui terapeut să-şi adapteze tactica terapeutică fie în raport cu problemele specifice pacientului său, fie în funcţie de modul de evoluţie a curei terapeutice. Această „mobilitate" a tehnicii de psihoterapie poate fi considerată o regulă generală a domeniului. Vom prezenta în continuare principalele aspecte legate de formele tehnicilor de psihoterapie de grup.

Pentru R. Slavson, tehnicile de psihoterapie de grup au ca model cura psihanalitică sau, mai exact, principiile fundamentale ale psihanalizei. Autorul menţionat distinge trei mari grupe de psihoterapii de grup, şi anume:

a) *Tehnicile utilizând dinamica grupului*, reprezentate prin reuniuni regulate de grupe mici de bolnavi şi utilizarea în scopul efectului terapeutic a dinamicii interne a grupelor, atât ca formă generală de tratament, cât şi în ceea ce priveşte obiectivele restrânse, precise. Sunt menţionate următoarele exemple: activitatea terapeutică de club, psihoterapiile directive etc.
b) *Tehnici verbale psihanalitice nedirective*, reprezentate în principal de „psihanaliza de grup" (Slavson, Foulkes, Ezriel, Sutherland, Lebovici, Luquet). Aceste tehnici constau în principal în indicaţii psihanalitice adresate grupului terapeutic, urmate de interpretarea aspectelor care apar în cursul şedinţelor terapeutice.
c) *Tehnicile psihodramatice* au fost introduse, cum s-a spus deja, de J.L. Moreno. Acest grup de terapii are două aspecte fundamentale:
   - *Psihodrama* lui J.L. Moreno, care se bazează pe influenţa terapeutică a jocului dramatic de grup. Principalele elemente constitutive ale acestuia sunt reprezentate de „scenă", „subiect", „director", „persoanele auxiliare" (*auxiliary Ego*, respectiv alţi psihoterapeuţi, părinţii subiecţilor, rude, prieteni, cunoscuţi etc.) şi „publicul". Şedinţele de terapie psihodramatică se desfăşoară în trei timpi: discuţia preparatorie, jocul dramatic, discutarea jocului dramatic.
   - *Psihodrama franceză* (Lebovici, Anzieu, Schutzenberger) este folosită acolo unde psihanaliza clasică este contraindicată. Ea are două aspecte sau „variante terapeutice" de ordin tehnic: *psihodrama analitică, cu un singur bolnav*;

psihanaliza dramatică de grup. Acţiunea psihoterapeutică este fundamentată pe fenomenul de transfer, legat în mod direct de natura relaţiilor interpersonale. Redăm mai jos aspectele particulare ale fiecăreia dintre aceste două tehnici :

- *Tehnica de psihodramă analitică individuală*. În cazul acesta, un grup de psihoterapeuţi se ocupă de un singur bolnav. Esenţa tehnicii constă în evitarea angoasei, crearea de relaţii, creşterea autorităţii. Se va respecta întocmai şi întotdeauna conduita de tratament al bolnavului. Încheierea finală a tratamentului se va face prin separarea treptată a bolnavului de grupul său de psihoterapeuţi.
- *Tehnica de psihanaliză dramatică de grup*. În cazul acesteia, se cere fiecărui bolnav să-şi aleagă rolul preferat, se distribuie rolurile şi se începe jocul dramatic. Se face apoi întreruperea şedinţei terapeutice de către psihoterapeut şi se trece, în final, la interpretarea observaţiilor din cursul şedinţei respective.

Un punct de vedere mai larg (J.D. Guelfi, P. Boyer, S. Consoli, R. Olivier-Martin, R. Tölle, H. Helmchen, M. Linden, U. Rüger) distinge următoarele tipuri de *psihoterapii de grup* :

a) *Terapia suportivă* sau de susţinere de grup urmăreşte să încurajeze socializarea, oferind o mai bună adaptare la mediu a subiecţilor.
b) *Terapia analitică orientativă de grup* se defineşte prin câteva aspecte, dintre care menţionăm pe următoarele : utilizează coeziunea grupului şi transferul ; oferă o reconstrucţie dinamică a personalităţii ; analizează visele membrilor grupului respectiv ; încurajează dependenţa de grup şi de lider.
c) *Psihanaliza de grup propriu-zisă* este caracterizată prin următoarele aspecte : utilizează experienţele anterioare de viaţă în relaţiile de grup ; analizează visele membrilor grupului ; încurajează dependenţa de grup şi de lider ; interpretează conflictele inconştiente ale subiecţilor ; procesele terapeutice constau în transfer, catharsis, testarea realităţii ; oferă o reconstrucţie exterioară a dinamicii personalităţii membrilor grupului.
d) *Terapia tranzacţională de grup* se caracterizează prin următoarele aspecte : se bazează pe comunicarea actuală dintre membrii grupului ; încurajează dependenţa dintre membrii grupului, dar nu şi a acestora faţă de lider ; interpretează diferitele modele de comportament prezente ; procesele terapeutice de grup constau în abreacţie şi testarea realităţii ; urmăreşte întărirea mecanismelor de control conştient al realităţii.
e) *Terapia comportamentală de grup* reuneşte tehnici care se caracterizează prin următoarele aspecte : stimulează relaţiile pozitive din cadrul grupului ; încurajează dependenţa de lider ; creează un nou tip de apărare activă şi directivă ; mecanismele terapeutice ale grupului sunt reprezentate de coeziune, întărire şi condiţionare ; se urmăreşte evidenţierea simptomului psihiatric major şi suprimarea acestuia.

Psihoterapiile familiale fac parte tot din cadrul psihoterapiilor de grup, având însă caracteristic faptul că obiectul lor este reprezentat prin grupul familial. Psihoterapia

familiei consideră ca importante interrelaţiile care există între membrii grupului familial, sub toate aspectele lor : psihologic, emoţional, climat familial, comunicare, exercitarea rolurilor, educaţia copiilor etc.

Se au în vedere comportamentul unui individ, precum şi influenţa acestuia asupra interrelaţiilor din cadrul grupului familial. Acţiunea psihoterapeutică va urmări să influenţeze sau chiar să modifice comportamentele cu caracter perturbant din cadrul grupului familial. Schimbări esenţiale survin numai în cazurile în care se produc modificări ale sistemului de organizare a familiei. În acest caz, atenţia nu mai este îndreptată asupra „persoanei bolnavului" din cadrul familiei, ci „grupul familial" devine în ansamblul său pacientul asupra căruia este centrată acum acţiunea terapeutică. Avem de-a face astfel cu un fenomen de „contagiune psihică" prin inducţie sugestivă sau simpatetică a întregului grup familial, iar „bolnavul autentic" trebuie considerat ca reprezentând „simptomul" tulburărilor întregului grup familial. În situaţia respectivă, obiectivul terapeutului va fi acela de a trata familia în totalitatea sa.

Grupul de la Palo-Alto, reprezentat prin Jackson, vizează în special aspectele legate de comunicarea în familie, de tipul de relaţii existente în grupul familial respectiv. În sensul acesta, Jackson distinge următoarele aspecte, care trebuie luate în calcul atunci când este organizată activitatea de psihoterapie familială : relaţii de tip complementar sau ierarhice ; relaţii simetrice sau egalitare.

Pornind de la aceste tipuri de relaţii intrafamiliale, Jackson clasifică grupul familial în trei categorii, şi anume : a) familii cu un tip de relaţie stabilă şi satisfăcătoare ; b) familii cu un tip de relaţie instabilă, dar satisfăcătoare ; c) familii cu un tip de relaţie stabilă, dar nesatisfăcătoare.

Celor trei tipuri descrise de Jackson li se mai pot adăuga încă două forme, şi anume : d) familii caracterizate printr-un haos cognitiv (Wyne) ; e) familii simbiotice, în care Eul este nediferenţiat, în sensul că se remarcă o fuziune a Eurilor care face ca membrii familiei respective să nu se poată diferenţia între ei (Bowen).

Ca tehnică, psihoterapia familiei urmăreşte aceeaşi schemă de organizare şi desfăşurare ca şi cea a psihoterapiilor de grup, cu menţiunea că avem de-a face cu un grup stabil, în cadrul căruia relaţiile emoţional-afective sunt speciale, iar comunicarea şi relaţiile dintre indivizii grupului sunt normate de statute şi roluri precise. Se va urmări antrenarea membrilor familiei în direcţia cooperării, restabilirea rolurilor firești, comunicarea şi reechilibrarea emoţional-afectivă a climatului intrafamilial.

Psihoterapia familială are largi indicaţii şi este recunoscută ca o metodă eficace de numeroşi specialişti, fiind recomandată în următoarele situaţii : a) în familii în care există bolnavi de schizofrenie ; b) în cazuri de nevroze ale adultului ; c) pentru personalităţile psihopatice ; d) pentru familiile în care sunt semnalate tulburări nevrotice sau psihotice la copii sau adolescenţi ; e) în cazul familiilor alcoolicilor sau ale toxicomanilor ; f) în afecţiunile psihosomatice.

Capitolul 27

Psihoterapiile de expresie psihomotorie şi dramatică

Cadrul general al problemei

Istoricul apariţiei şi al evoluţiei metodelor de *psihoterapie dramatică* are câteva trăsături specifice. Aceste psihoterapii fac parte din cadrul *psihoterapiilor de grup*, dar, prin natura lor, ele ocupă o poziţie aparte.

Psihoterapia dramatică a funcţionat în societate încă cu multă vreme înaintea instituirii acesteia ca atare. Ea a existat în sfera religiei şi a culturii sub forma unor *ritualuri* sau *spectacole* cu caracter periodic-ceremonial sau festiv. Varianta lor cea mai comună, fie că este vorba de ritualurile religioase oculte, fie de cele deschise, cu caracter profan, este reprezentată prin *spectacolul teatral*.

Reprezentările publice instituţionalizate cu caracter dramatic au atins modelul perfecţiunii în cazul teatrului antic, la Sofocle, Eschil şi Euripide. Facem această specificare, întrucât *genul tragic* exprimă cel mai complet şi direct esenţa psihoterapeutică a spectacolului dramatic (D. Barrucand).

Spectacolul dramatic din tragedia antică oferă publicului posibilitatea rememorării ca trăire activă, angajată a unor situaţii dramatice de viaţă, prin denudarea conţinutului sufletesc, în scopul realizării unor acţiuni cu valoare moralizatoare. Tragedia este o „situaţie exemplară de viaţă", cu o mare încărcătură psihologică de factură conflictuală, legată în special de complexul de culpabilitate. Din acest motiv, ea are o profundă semnificaţie morală care trebuie rezolvată.

Vinovăţia tragică trebuie interpretată, din punct de vedere psihanalitic, ca un conflict sufletesc profund, care încarcă tensional persoana umană. Spectacolul prezintă *conflictul* ca centru de greutate al *situaţiei dramatice*. Concomitent însă, pe parcursul derulării acţiunii dramatice, spectacolul pune în joc acţiuni care conştientizează sau explică conflictul, după care apar soluţiile acestuia: *Deus ex machina!* Orice spectacol dramatic începe cu un conflict şi se încheie cu rezolvarea lui. În felul acesta, asistăm la o vastă „punere în scenă" a unui proces de *catharsis*. Efectul cathartic este, în mod voit şi condus, colectiv, întrucât, printr-un mecanism de oglindă, sunt puse faţă-n faţă două planuri ale lumii: *scena dramatică* – imagine simbolică a lumii pe care se derulează spectacolul dramatic al vinovăţiei tragice – şi *publicul spectator* ca lume activă, reală, lipsită de ficţiunea simbolică a scenei. Relaţia dintre *scenă* şi

public este o relaţie de reflectare speculară, prin care mecanismele de transfer şi catharsis acţionează proiectiv în dublu sens.

Lecţia tragediei este, de fapt, un vast proces de psihoterapie colectivă, care „unifică publicul spectator cu drama simbolică". Acelaşi lucru se poate spune ulterior, în istorie, şi despre liturghia creştină ca „dramă simbolică a sacrului".

În tragedia antică la care am făcut referinţă, structura şi dinamica amintesc de organizarea şi funcţionarea psihoterapiilor de grup. Grupul este reprezentat de *cor, iar liderul acestuia este corifeul. Lor li se opune personajul tragic, cel care poartă* vinovăţia tragică şi care preia asupra lui, printr-un transfer proiectiv, „culpabilitatea". Catarsisul este realizat fie prin „descărcarea" colectivă, fie prin expulzarea din grup a vinovatului. Semnificaţia este în final morală, în sensul de realizare a restaurării ordinii şi purităţii morale a lumii, a indivizilor. Personajul tragic este purtătorul simbolic al vinovăţiei, cel care „preia asupra sa" (transfer) vinovăţia, purificându-i (catharsis) astfel pe ceilalţi. Efectul scontat asupra publicului spectator este de la sine înţeles: moralizator şi psihologic în acelaşi timp.

Din cele mai sus discutate, rezultă faptul că *funcţia dramatică*, fie că este vorba de *spectacolul tragic*, fie de *liturghia religioasă*, are o profundă semnificaţie simbolică psihanalitică, punând în joc mecanismele de proiecţie, transfer şi catharsis. Ele realizează, în planul simbolic al culturii, o veritabilă acţiune de psihoterapie colectivă cu valoare morală, indispensabilă restabilirii echilibrului moral, sufletesc şi spiritual al colectivităţilor social-umane.

Spectacolul dramatic este o formă de „psihoterapie" care vizează în primul rând valorile spiritual-morale şi culturale ale *Supra-Eului*. El restaurează fiinţa morală din noi, ca o veritabilă reînnoire a persoanei umane.

Separat însă de spectacolul dramatic, există şi alte forme de „descărcare cathartică" tot de factură colectivă, cu efect psihoterapeutic. Acestea sunt spectacolele circului antic (luptele de gladiatori) sau întrecerile sportive (olimpiadele antice). Lor le corespund în lumea modernă spectacolele sportive de toate categoriile, iar, mai recent, festivalurile muzicale.

Diferenţa dintre *spectacolul dramatic* şi *cel sportiv* nu este numai formală, ci şi de esenţă, referitoare la conţinut, ele având mecanisme psihologice sau, mai exact, psihodinamice diferite care sunt puse în joc. În ambele situaţii se produce un *catharsis*. Dar catharsisul spectacolului dramatic are ca efect restaurarea morală a valorilor Supra-Eului, pe când spectacolul sportiv are ca efect „descărcarea pulsională" a agresivităţii inconşientului în conformitate cu principiul plăcerii şi al constanţei. Tensiunile inconştientului se descarcă în mod simbolic prin identificare şi transfer ale publicului co-participant activ la competiţiile sportive sau la spectacolele muzicale de masă.

Aspectele menţionate mai sus demonstrează că dinamica grupurilor sociale are, dincolo de aspectele sale formale, şi un „dublet simbolic" cu valoare psihodinamică. Acesta este „spaţiul social simbolic" al sublimării cathartice a tensiunilor psihice sau a tendinţelor refulate ce se acumulează în interiorul colectivităţilor umane, iar spectacolul reprezintă „un joc dramatic" colectiv de descărcare pulsională sau de restaurare morală a grupurilor social-umane.

Istoricul psihodramei

Am încercat să prezentăm succint modelele precursoare socioculturale şi moral-religioase ale psihoterapiilor de grup de factură dramatică. Vom analiza în continuare apariţia şi evoluţia psihodramei.

Prima şedinţă oficială de psihodramă a avut loc la 1 aprilie 1921 la Viena, dată la care este serbată anual în Austria „ziua nebunilor" şi când a fost jucat rolul regelui pe tema „*Koenigsroman*". Iniţiativa i-a aparţinut lui J.L. Moreno. Acesta a fost influenţat iniţial în acţiunile sale de ideile exprimate de H. Bergson în *L'Évolution créatrice*, unde filosoful francez expune conceptul de „spontaneitate creatoare".

J.L. Moreno a urmărit cu tenacitate câteva teme majore, comune atât culturii, cât şi psihanalizei, veritabile arhetipuri: Dumnezeu, Tatăl, Regele, Demiurgul. După modelul profeţilor salvatori care au contribuit la schimbarea lumii, se caută acum în sfera medicinei şi a psihanalizei o soluţie de transformare şi re-creare a omului, încercări pe care J.L. Moreno le va expune în lucrarea sa *Who shall survive ?*

Pentru J.L. Moreno, fiecare om poartă în el o gândire creatoare, iar „psihodramatistul" are, asemenea lui Socrate, rolul de a-i „moşi" pe ceilalţi a „scoate la suprafaţă" aceste conţinuturi sufleteşti. În felul acesta, J.L. Moreno fundamentează conceptul de „întâlnire" şi începe editarea revistei sale, *Daimon*, în paginile căreia sunt expuse primele forme ale doctrinei sale, *psihodrama* sau teatrul experimental de joc dramatic spontan.

Este descoperită astfel acţiunea terapeutică a jocului dramatic, care de data aceasta, prin Moreno, este pusă în serviciul compensării tulburărilor nevrotice.

Domeniul şi caracteristicile psihodramei

După J.L. Moreno, omul este definit din punct de vedere dinamic de patru dimensiuni ale existenţei sale: a) evantaiul rolurilor pe care acesta le joacă în viaţă (fiziologic, psihologic, profesional, social); b) reţeaua de interacţiuni cu persoanele cu care vine în contact, respectiv raportul şi dinamica grupului sau „sociometria"; c) statutul sociometric sau latura emoţional-afectivă din cadrul fiecărui grup social-uman; d) atomul social individual, respectiv lumea afectivă a individului.

Prin aceste aspecte, J.L. Moreno construieşte *psihodrama*. Psihodrama este metoda care explorează adevărul fiinţelor umane sau al realităţii situaţiilor prin metoda dramatică. Ea ne apare ca o modalitate de întâlnire privilegiată care implică un grup de *participanţi* şi un *protagonist*. În cadrul întâlnirii dintre participanţi şi protagonist au importanţă statutul sociometric şi rolurile participanţilor. Rolul fiecăruia, în cadrul întâlnirii de mai sus, este în mare parte determinat de rolul altuia, care-i dă primul replica: „Eu tind să fiu cum mă vrei tu sau cum mă vezi tu sau cum mă laşi tu să fiu".

După părerea lui J.L. Moreno, „psihodrama este o ştiinţă care explorează adevărul, reprezentându-l prin metode dramatice, prin metode de acţiune, prin metode

de punere în situaţie". Ea este o căutare a adevărului despre sine, dar şi despre alţii, în cadrul organizat al unui grup uman, în care sunt discutate în mod liber problemele fiecăruia, puse în comun şi „jucate" în scopul rezolvării lor. În sensul acesta, psihodrama este o intensă experienţă personală în care au valoare următoarele procese: vorbirea vie şi spontană; gestul; întâlnirea; interacţiunea; comunicarea nonverbală.

Psihodrama eliberează inhibiţii, dificultăţi situaţionale, psihotraumatisme din trecutul individului, operează catharsisul. Ea evidenţiază o altă dimensiune decât cele ale psihoterapiei individuale, întrucât această metodă nu este numai o posibilitate de catharsis a trecutului individului, ci, concomitent, şi o reactivare a acestuia. În cazul psihodramei, improvizarea dramatică este utilizată în următoarele scopuri: rezolvarea conflictelor trecute; soluţionarea disensiunilor din prezent; eliminarea dificultăţilor viitoare; pregătirea individului pentru a înfrunta viitorul, având astfel o dimensiune şi o valoare psihopedagogice; reuşeşte să unifice grupul într-o atmosferă *emoţional-afectivă comună, impunând în felul acesta un stil specific.*

Aspectele tehnico-metodologice ale psihodramei

J.L. Moreno pune la baza psihodramei trei principii teoretice pe care se întemeiază aspectele tehnico-metodologice ale acestei forme de psihoterapie colectivă de grup. Ele sunt următoarele:

1. *Teoria spontaneităţii*. Aceasta, prin caracterul ei, se apropie de noţiunea de „elan *vital" din filosofia lui H. Bergson. Spontaneitatea este o funcţie creatoare, plastică* şi dramatică. Ea reprezintă motorul dezvoltării genetice şi al expansivităţii maximale a Eului. J.L. Moreno introduce şi principiul „tele" sau „acţiunea de la distanţă", definind în felul acesta o legătură elementară care poate exista atât între indivizi, cât şi între indivizi şi obiecte, dezvoltată progresiv în sensul relaţiilor sociale. În felul acesta, „tele" devine fundamentul tuturor relaţiilor interpersonale.
2. *Teoria relaţiilor şi a reţelelor psihosociale*. În conformitate cu aceasta, orice individ face parte dintr-un ansamblu de reţele psihosociale. Aceste relaţii determină angajarea individului în roluri diferite, în funcţie de situaţiile întâlnite de el în cursul vieţii.
3. *Teoria rolurilor*. Acest aspect este legat în primul rând de personalitate şi el se referă la rolul pe care individul este investit să-l „joace" în diferitele circumstanţe ale vieţii, în raport direct cu situaţiile întâlnite. Aspectul practic al tehnicii psihodramei cuprinde câteva trăsături caracteristice. Acestea sunt reprezentate prin următoarele:
   a) *grupul* cuprinde colectivul de subiecţi şi de acesta se leagă atât jocul dramatic, cât şi reacţiile emoţional-afective ale membrilor săi;
   b) *subiectul* sau *protagonistul* este cel care se confruntă cu o dificultate sau cu un conflict psihologic, fie că este vorba de trecutul, fie de prezentul acestuia. El va fi pus în evidenţă în cadrul jocului dramatic;

c) *directorul* sau *psihodramatistul* este cel care se ocupă cu „punerea în scenă" a jocului psihodramatic, conducând de fapt acțiunea psihoterapeutică. Persoana directorului poate fi pasivă, agresivă, directivă sau comprehensivă;
d) *eurile auxiliare* sunt reprezentate în psihodramă de asistenții cu rol terapeutic care vin să faciliteze desfășurarea jocului dramatic.

În ceea ce privește modul de desfășurare a ședințelor de psihoterapie prin psihodramă, avem de-a face cu trei momente, și anume:

a) punerea în scenă a acțiunii, în cursul căreia directorul incită la începerea „jocului unei scene de viață";
b) jocul dramatic propriu-zis, care constă din următoarele aspecte: inversarea rolurilor; dublul sau Eul auxiliar; solilocviul; oglinda;
c) discuția jocului dramatic și concluziile acestuia reprezintă cea de-a treia etapă și ultima a psihodramei. Ea va utiliza fenomenele proiective, de transfer, libera asociație, urmărind în final realizarea procesului de catharsis și, prin intermediul acestuia, restabilirea echilibrului psihic al persoanelor care au participat la „jocul psihodramatic" al grupului terapeutic respectiv.

Tipurile de psihodramă

Unitară ca teorie psihoterapeutică, psihodrama, încă de la începuturile sale, s-a diferențiat în mai multe forme de psihoterapie dramatică de grup, în raport cu scopul urmărit, cu metodologia utilizată, cu necesitățile impuse de circumstanțe.

J.L. Moreno deosebește trei forme principale de psihodramă, și anume:

1. *Psihodrama absolut spontană*, nepregătită în nici un fel înainte. Este vorba de „conflictele de grup" sau grupe terapeutice ce au ca temă situații conflictuale ale membrilor care le compun, aceștia fiind invitați să joace respectivele „situații conflictuale" în prezența protagonistului și a echipei de Euri auxiliare.
2. *Psihodrama pregătită* sau *planificată* este reprezentată printr-o psihoterapie dramatică de grup, pregătită anterior fie de echipa terapeutică, fie de membrii grupului respectiv. În cazul acestei forme de psihodramă, unul dintre participanți hotărăște să „se joace" o anumită problemă tematică, considerată ca reprezentând una dintre cele mai importante „teme" ale membrilor grupului respectiv.
3. *Psihodrama „mis en scène"* sau *repetată* este reproducerea sau repetarea unei coproducții a grupului respectiv, ca o reluare a unei ședințe terapeutice anterioare. Nu este, de fapt, vorba despre nici un fel de creație nouă în acest caz, ci de repetarea pur și simplu a jocului precedent. În felul acesta, se „reia un sindrom mental specific" al grupului în cauză sub toate aspectele sale. Apar astfel noi puncte de vedere care au lipsit anterior sau sunt nuanțate cele precedente, fapt care contribuie esențial la procesul terapeutic al grupului respectiv.

Variantele de psihodramă menționate mai sus privesc clasificarea acesteia după indicațiile date inițial de J.L. Moreno. Această formă de *psihoterapie* specializată de

grup este însă în acelaşi timp şi o formă de *paideia*, un tip de *educaţie* prin rolul şi acţiunea pe care o exercită asupra membrilor grupului respectiv. În sensul acesta, se disting, după A.A. Schützenberger, următoarele forme de psihodramă:

1. *psihodrama de explorare*, în cadrul căreia subiectul descoperă ceea ce este important pentru el;
2. *psihodrama de diagnostic* este o formă de psihodramă exploratorie, în care psihoterapeutul „vede" în manifestările proiective ale membrilor grupului „problemele" acestora, conturându-se astfel mai exact natura afecţiunii psihiatrice, diagnosticul clinic;
3. *psihodrama de formare* sau *educativă* este forma de terapie dramatică în cursul căreia subiectul dezvoltă un nou tip de relaţii interpersonale, de comunicare cu ceilalţi, de „a-fi-în-situaţie" şi de a acţiona conform cu circumstanţele realităţii;
4. *psihodrama de reantrenare* caută să reconstituie forme de răspuns dintre cele mai adecvate pentru bolnav la situaţiile de viaţă cu care acesta poate veni în contact, în raport cu capacităţile sale;
5. *psihodrama terapeutică* urmăreşte realizarea fenomenelor de transfer pozitiv, abstracţie, luarea la cunoştinţă de către bolnav a propriilor sale probleme, deprinderea unui comportament adecvat, independent, favorizând în felul acesta catharsisul şi readaptarea;
6. *psihodrama estetică* este tehnica prin care se oferă subiectului posibilitatea de a atinge o anumită „satisfacţie" personală în raport cu diferitele „roluri" pe care le „joacă", compensând în felul acesta, prin intermediul imaginarului, conflictele sale anterioare. Această tehnică utilizează sublimarea.

Ca sistem de organizare a desfăşurării activităţii de psihoterapie dramatică, A.A. Schützenberger notează că psihodrama este o tehnică suplă ce se poate adapta, după situaţii şi necesităţi, în următoarele moduri de utilizare:

a) *Psihodrama de grup*, reprezentând forma clasică, morenian la care participă un grup terapeutic. Ea se face „în grup, pentru grup, prin grup şi cu grupul", utilizând dinamica acestuia, comunicarea, rolurile şi antrenarea membrilor săi.
b) *Psihodrama individuală* este acea formă de joc dramatic care se desfăşoară „în doi", în cadrul cuplului terapeutic, între „pacient şi terapeut" sau „pacient şi echipa terapeutică". Ca atare, ea este o tehnică foarte mult apropiată de analitica freudiană.
c) *Psihodrama fără monitor* sau lider este cea în care grupul se organizează spontan, singur, fără observator, putând recurge, în caz de nevoie, la un consilier psihodramatist exterior. Este forma de psihoterapie de grup similară celei a „alcoolicilor anonimi" etc.

Aspectele menţionate mai sus dovedesc încă o dată caracterul extrem de suplu al psihodramei, capacitatea acesteia de a cuprinde cele mai nuanţate forme de manifestare a comportamentului uman, situaţii şi probleme dintre cele mai diverse. În felul acesta, ea se prezintă ca o metodă de psihoterapie socializantă, prin faptul

„aducerii" de către pacient a propriilor probleme în cadrul grupului, antrenarea sa prin dinamica grupului şi restaurarea psihică şi adaptativă.

Prin toate aceste virtuţi ale sale, psihodrama constituie o formă de psihoterapie colectivă în care conţinutul conflictual nevrotic al inconştientului se poate elibera fie în cadrul jocului dramatic, fie prin forţele de dinamică ale grupului, într-o manieră sublimativă de o mare complexitate şi varietate de manifestări.

Capitolul 28

Psihoterapiile ocupaţionale

Definiţie şi cadru general

Terapiile ocupaţionale reprezintă o grupă specială de psihoterapii care acţionează asupra individului sau a grupului prin mobilizarea activităţii lui, stimulând procesele creatoare ce se opun monotoniei sau repetiţiei; ele trezesc interesul bolnavilor şi constituie o formă de comunicare cu un caracter dinamic particular.

După E.C. Slagle şi H. Robeson, terapia ocupaţională este o metodă de tratament a bolnavilor psihici sau a altor categorii de persoane handicapate prin intermediul unei activităţi practice, utile, plăcute, antrenante, care să trezească interesul, să ofere destindere şi să contribuie, în final, la restaurarea personalităţii şi a comunicării bolnavilor.

Scopul terapiilor ocupaţionale este de a trezi interesul, curajul şi încrederea bolnavilor prin exercitarea regulată, sub control dirijat, a unei activităţi practice care să le dezvolte abilităţile, restabilind pe această cale capacitatea lor de reintegrare familială, socială, şcolar-profesională etc.

Această formă de psihoterapie trebuie prescrisă şi condusă sub o strictă supraveghere medicală, ţinându-se seama de natura afecţiunii bolnavului sau de forma lui de handicap, momentul evoluţiei bolii, receptivitatea sau interesul subiectului pentru aceasta, nivelul său de pregătire profesională, nivelul cultural, interese, gusturi, aptitudini etc. Ea se adresează „capacităţilor restante" ale subiecţilor, pe care le va stimula, dezvoltându-le în scopul compensării defectului, a stării de deficienţă produse de afecţiunea psihică sau de altă natură care a invalidat subiectul.

O importantă caracteristică a acestei psihoterapii este cea de antrenare/stimulare a bolnavilor, ajutând, prin încurajarea acestora, prin rezultatele obţinute de ei, la restaurarea personalităţii. Pentru realizarea acestui lucru, se va institui o gradare treptată a sarcinilor, a ritmului de activitate, stimulându-se pe cât este posibil şi spiritul de competiţie între membrii grupului terapeutic. Una dintre condiţiile asigurării succesului acestei terapii este reprezentată de respectarea cu stricteţe a ritmului de activitate.

Trebuie avut în vedere şi un aspect de ordin moral, legat de încurajarea bolnavilor, de oferirea satisfacţiei privind rezultatele activităţii lor, precum şi de oferirea unor recompense pentru acţiunea desfăşurată. Se vor evita criticile, ironizarea membrilor grupului, comparaţia între aceştia sau a calităţii rezultatelor activităţii lor de către

terapeut sau de către personalul terapeutic auxiliar, reprezentat de instructorii profesionali. Tot în acest sens, cu valoare de încurajare morală, se vor pune în evidenţă noutatea, varietatea şi valoarea produselor finite ale activităţii bolnavilor, încurajându-i să continue şi să-şi perfecţioneze rezultatele.

Scopul terapiilor ocupaţionale nu este numai de a le oferi bolnavilor un tip de activitate practică utilă, ci şi de a stimula capacităţile lor creatoare, aptitudinile acestora, de a dezvolta deprinderi practice noi, care să constituie baza de plecare a unei eventuale „reprofesionalizări" a lor, cu valoare de reintegrare sau de resocializare. Se vor cultiva interesul şi respectul pentru activitate, preţuirea rezultatelor activităţii, subliniindu-se astfel şi valoarea educativ-morală a terapiilor ocupaţionale. Indiferenţa va fi astfel înlocuită cu optimismul, încrederea în sine şi în forţele proprii, redându-i-se pe această cale demnitatea bolnavului, precum şi capacitatea de a se opune el însuşi evoluţiei bolii sau prezenţei handicapului.

Psihoterapiile ocupaţionale au rolul resocializării bolnavilor. Prin caracterul lor de antrenare dinamică colectivă, atenuează traumatismul legat de internare, mai ales când este vorba de o perioadă mai lungă, facilitează cooperarea bolnavului cu personalul de îngrijire medicală prin acceptarea altor forme de tratament asociate, uşurează şi deschide poarta comunicării.

O caracteristică a terapiilor ocupaţionale constă în faptul că ele pot fi asociate şi cu alte activităţi, de factură ludică, oferite bolnavilor, distracţii, activităţi socio-terapeutice de întâlnire, reuniri în cadrul unui club, discuţii colective, activităţi de relaxare etc.

Prin urmare, se desprinde concluzia că psihoterapiile ocupaţionale au o largă varietate, ele putând fi administrate cu o mare mobilitate de către echipa terapeutică, nu au un caracter rigid şi se pot adapta situaţiilor, naturii afecţiunilor bolnavilor, constituind în felul acesta o metodă comodă, utilă şi valoroasă.

Organizarea activităţii terapeutice

Activităţile terapeutice ocupaţionale se organizează şi se desfăşoară în cadrul instituţional al *spitalelor de psihiatrie*, în *căminele-spital de bolnavi cronici*, în *instituţiile de recuperare pentru persoanele handicapate* etc. În general, sunt indicate în cazurile de internare prelungită în scopul integrării bolnavilor sau a handicapaţilor în unităţile de asistenţă şi tratament, evitându-se în felul acesta traumatismul spitalizării, care poate duce la apariţia unor fenomene secundare de tipul „hospitalismului", „nevroze de spitalizare" etc. cu efecte negative (P. Sivadon, C. Enăchescu).

De preferat este ca aceste „secţii de terapie ocupaţională" să fie pe cât posibil separate de secţiile în care sunt internaţi bolnavii, pentru a se crea o delimitare netă între *spitalizare* şi activitatea de *resocializare* a acestora. Separarea are efecte morale deosebite, întrucât introduce în instituţia spitalicească o „insulă umană" în care persoanele internate se vor simţi „altfel" în raport cu statutul pe care condiţia de spitalizare îl impune acestora.

Organizarea şi activitatea în „secţiile de terapie ocupaţională" sunt esenţiale în garantarea procesului de ameliorare clinică şi de resocializare a bolnavilor. Ambianţa acestor secţii trebuie să fie plăcută, atrăgătoare, calmă, sălile de lucru să fie luminoase şi spaţioase. Alăturat sălilor de lucru trebuie să existe camere destinate medicilor, cabinete psihologice de psihodiagnostic, o sală de club şi relaxare, bibliotecă, sală de expoziţie pentru produsele activităţii bolnavilor, o cameră de arhivă unde sunt conservate aceste produse ale muncii sau creaţiei bolnavilor.

Activitatea se desfăşoară sub direcţia unei *echipe terapeutice* specializate în domeniul psihoterapiei ocupaţionale. Echipa este condusă de un *medic psihiatru*, care trebuie să aibă şi formaţie de psihoterapeut şi experienţă profesională în acest domeniu. El este asistat de un *psiholog*, de formaţie psihoterapeut, şi de un *psihopedagog* specialist în psihoterapia şi recuperarea persoanelor cu handicap mental sau fizic. Acestora le sunt ataşaţi, în echipa terapeutică, *instructorii de terapie ocupaţională*, specializaţi în diferite domenii de activitate (ergoterapie, croitorie, atelier mecanic, artizanat, art-terapie etc.), *asistente medicale* şi *infirmiere* care să acorde, când este cazul, asistenţă medicală de specialitate, *sociologi* cu caracter de consultanţi.

Activitatea propriu-zisă este precedată de selecţia bolnavilor, care se va face în funcţie de afecţiunea psihică sau de handicap, de faza de evoluţie, de aptitudini, interese, profesiune, nivel de cultură, vârstă, sex etc.

Activitatea se va desfăşura zilnic, după un program regulat, cu pauze recreative şi o durată medie de timp adaptată de la grup la grup, evitându-se oboseala, plictiseala, apariţia stării de încordare psihică, repulsia faţă de activitate.

Grupul este controlat de echipa terapeutică, încurajat şi susţinut, mobilizându-se în felul acesta forţele sale dinamice, comunicarea şi relaţiile interpersonale.

La terminarea şedinţei de lucru, se vor face aprecieri generale asupra zilei de muncă, a rezultatelor acesteia, căutându-se a se scoate în evidenţă aspectele pozitive, încurajându-se bolnavii şi apreciind produsele realizate.

În general, se pot distinge următoarele două forme de terapie ocupaţională: *activităţi lucrative* şi *activităţi creative*. Le vom analiza pe fiecare în cele ce urmează.

Ergoterapia reprezintă forma cea mai generală de *activitate lucrativă*, cu o sferă mare de cuprindere. În cadrul ei intră o mare gamă de activităţi – de la cele mai simple, elementare, de tipul muncilor gospodăreşti executate în cadrul instituţiei spitaliceşti de către bolnavi împreună cu personalul încadrat în acest scop, până la activităţile profesionale, diferenţiate în funcţie de profilul acestora (croitorie, tesătorie, broderie, atelier mecanic, tâmplărie, agricultură etc.). Important în acest sens este caracterul simbolic al acestor activităţi, de exerciţiu pentru refacerea aptitudinilor individuale modificate de boală sau de prezenţa unui handicap.

În cazul ergoterapiei, se pune *accentul pe reeducarea gestualităţii*, a *îndemânării*, dezvoltarea expresivităţii, readaptarea subiecţilor la efort şi revenirea lor la o activitate profesională cu efect de resocializare. Prin acestea, atât bolnavii, cât şi persoanele cu handicap îşi redobândesc autonomia şi demnitatea. Ele se recapătă, într-o manieră simbolică, prin intermediul „obiectelor" produse de aceştia şi a efectelor lor asupra celor care le-au produs. Astfel, „obiectul" produs devine, din punct de

vedere psihanalitic, un element de acţiune intermediar între „lume" şi „bolnav/handicapat", stabilind o „punte de comunicare", dar şi de „reintegrare" socială a categoriei de indivizi numite. Acesta este, de fapt, însuşi scopul terapiei ocupaţionale reprezentate prin ergoterapie. Obiectele create de bolnavi sau handicapaţi contribuie la cunoaşterea de sine, dar şi a celorlalţi, la afirmarea lor şi la ştergerea diferenţelor dintre ei şi restul membrilor societăţii.

Mecanismele prin care acţionează ergoterapia, ca factor terapeutic operaţional, sunt următoarele: stimularea creativităţii; deprinderea unor activităţi practice utile, interesante şi atrăgătoare; obţinerea unor satisfacţii ca urmare a activităţii desfăşurate; învăţarea unor noi deprinderi utile; integrarea temporal-spaţială a bolnavilor prin „ieşirea" acestora din izolarea morbidă impusă de existenţa bolii sau a stării de handicap; dezvoltarea unor forme noi, pozitive de comunicare interpersonală, a unor noi relaţii umane; activitatea ocupaţională ritmică scoate bolnavii din izolarea lor, suprimă monotonia, starea de regresiune sau complexele legate de prezenţa bolii sau a handicapului, favorizează adaptarea şi evoluţia clinică către ameliorare.

Art-terapia reprezintă terapia ocupaţională prin intermediul creaţiei artistice, ea fiind o formă de terapie bazată pe *activitatea creativă*.

Din punct de vedere psihologic, *arta* este un proces complex, în care sunt implicate două categorii de factori (R. Müller-Freienfelds): *mentali* (senzoriali-motori, asociativi, intelectuali) şi *emoţionali* (plăcere-neplăcere, afect, caracter).

Arta este în primul rând o formă de expresie umană a personalităţii, bogată în conţinut, variată ca formă, strict personală, dar de adresă generală. Mobilul acestui proces îl reprezintă *artistul*, creatorul animat de intenţia de a se exprima plastic, ca o formă de comunicare interumană specifică. Prin această intenţie, *opera de artă* finită dobândeşte virtuţile unui mesaj psihologic specific şi complex, prin care conţinutul intrapsihic al inconştientului artistului creator este proiectat în exterior. Această calitate de activitate proiectivă, cu efecte de transfer pozitiv stă la baza utilizării artei şi a creaţiei artistice ca forme de psihoterapie. Problemele psihologiei artei, ale artei psihopatologice, precum şi ale art-terapiei au preocupat un mare număr de specialişti, care au elaborat numeroase studii despre această formă de psihoterapie (Seguin, Laurent, Brière de Brismond, A. Freud, Vinchon, Baudouin, Dracoulidés, Volmat, Bobon, Maccagnani, Trabucchi, Dax, Obiols, Pickford, Rennert, Enăchescu).

Termenul de *art-terapie*, definitiv instituit (deşi pare adesea forţat sau chiar inadecvat), este astăzi universal utilizat, desemnând totalitatea proceselor de educare, recuperare şi psihoterapie ocupaţional-creativă care folosesc în acest scop mijloacele de expresie artistico-plastică. În forma sa de activitate de grup, art-terapia reuneşte avantajele unei „ergoterapii creative" ieftine, uşor de mânuit, care furnizează un material psihopatologic bogat, de o mare diversitate, deosebit de interesant şi specific, putând fi utilizat direct şi imediat în procesul de psihoterapie.

Prima formă de artă utilizată în psihoterapie a fost *muzica*, recomandare pe care o întâlnim în *Iliada* (tratamentul melancoliei lui Ahile), dar şi la Platon, în dialogul dintre Socrate şi Charmides (J. Séguin, A. Laurent, G. Chomet). Ulterior, desenul

şi pictura sunt introduse în psihoterapie (S. Freud şi A. Freud, W. Ziehn, H. Rorschach, C.G. Jung). W. Stekel şi J. Vinchon recomandă art-terapia în procesul de relaxare a tensiunilor emoţionale, după principiile transferului pozitiv cu efect cathartic din psihanaliză. Aceeaşi relaţie dintre conţinutul simbolic al artei şi valoarea sa cathartică este scoasă în evidenţă de Ch. Baudouin şi E. Kretschmer.

Pentru S. Honkavaara, arta şi creaţia artistică implică următoarele aspecte psihologice cu valoare terapeutică: activitatea artistică bazată pe percepţia imediată a impresiei; relaţiile dintre artă şi funcţia simbolică; arta ca factor de satisfacere dinamică a tensiunilor inconştiente ale individului.

O. Loras, referindu-se la natura operei de artă şi a procesului de creaţie artistică la persoanele normale şi la bolnavii psihici, distinge, la rândul său, următoarele aspecte principale: materialitatea fizică sensibilă a picturii; modul de a fi al picturii, prin raportare temporal-spaţială; continuitatea operei; pictura ca realitate totală.

Psihanaliza consideră procesul de creaţie artistică ca pe un act de sublimare, iar opera de artă ca pe o proiecţie a imaginarului în sfera realităţii, făcându-se prin aceasta o legătură directă între *vis* şi *artă* (S. Freud, Ch. Baudouin, N.N. Dracoulidés, J. Bobon, H. Prinzhorn, R. Volmat, C. Enăchescu).

Pe considerentele de mai sus, *materialul patoplastic* sau *„producţiile artistice ale bolnavilor psihic"*, cunoscute şi sub numele de *artă psihopatologică*, reprezintă un material deosebit de important, cu o valoare multiplă. Clasificarea şi valorile acestor materiale sunt, pentru R. Volmat, următoarele: a) *valoarea diagnostică*, aceste producţii fiind expresia conţinutului inconştientului persoanei care le-a realizat; b) *valoarea de test psihologic proiectiv*, prin conţinutul exprimat; c) *valoarea de indicator al evoluţiei clinice* a bolnavului; d) *valoarea de indicator al prognosticului clinic* al bolii respective; e) *valoarea de psihoterapie ocupaţional-creativă*, individuală sau de grup.

În ceea ce priveşte mecanismele prin care activitatea de creaţie artistică şi opera de artă acţionează în sensul restaurării echilibrului sufletesc al bolnavilor psihici, acestea pot fi sistematizate în următoarele: a) activitatea artistică este o formă de expresie în cadrul comunicării interpersonale, fiind determinată de structura şi de conţinutul intrapsihic al persoanei care a desfăşurat-o; b) ceea ce caracterizează, în principal, limbajul plastic este semnificaţia simbolică a acestuia, „în directă legătură cu conţinutul problemelor" inconştientului bolnavului (complexe, traumatisme, frustrări, refulări, simptome nevrotice); c) metoda creaţiei artistice facilitează comunicarea, stimulând o capacitate de expresie simbolică, de factură sublimativă, care nu ar putea verbaliza conţinutul intrapsihic al bolnavului; d) lucrarea finită poate acţiona asupra celui care a produs-o, declanşând o acţiune de natura „liberei asociaţii" din cadrul curei psihanalitice clasice, ajutând bolnavul să-şi înţeleagă propriile sale stări conflictuale, pe care în felul acesta le poate lichida; e) activitatea artistică are valoare de restabilire a contactelor, a comunicării cu ceilalţi, contribuind la readaptarea familială şi socială a bolnavilor; f) metoda art-terapiei dezvoltă reacţii afective pozitive, noi, cultivă spiritul colectiv şi dinamica grupului; g) creaţia artistică permite realizarea simbolică a unor dorinţe refulate, impuse de regimul de spitalizare

cu rigorile acestuia, atenuând astfel sau chiar prevenind „nevroza de spitalizare"; h) utilizarea prelungită a art-terapiei poate ajuta bolnavul în a-şi găsi vocaţii şi un mod de activitate nou, util şi plăcut.

Activitatea de art-terapie cuprinde o mare varietate de metode şi tehnici, făcând din această terapie ocupaţională o metodă flexibilă, de largă aplicabilitate şi care, deşi are un caracter creativ, nu implică în mod absolut obligatoriu o prealabilă pregătire artistică sau un talent special. În sensul acesta, *metodele de art-terapie* sunt următoarele:

a) *metoda desenului tematic*, inspirată de testele proiective (K. Machower), urmăreşte o etalonare a rezultatelor activităţii de creaţie, după criterii riguros formale;
b) *metoda desenului copiat*, după natură sau după alţi bolnavi, are valoare de activitate ocupaţională necreativă, dar îl introduce pe bolnav, treptat, într-o activitate personală, stimulându-i iniţiativa;
c) *metoda desenului liber* este forma ideală, cea mai completă din punctul de vedere al caracterului creativ, de proiecţie a conţinutului inconştientului într-o manieră plenară, directă, de către autorul respectiv;
d) *metoda „picturii digitale"* (*finger painting*) dă posibilitatea creării unor forme originale, plăcute, implică o bogată participare motorie, este relaxantă (Shaw, Mosse, Flemming);
e) *metoda art-terapiei familiale* (H.Y. Kwiatkowska) constă în antrenatea întregii familii a bolnavului alături de acesta în activitatea de creaţie plastică, organizându-se astfel o terapie de grup familial, cu toate caracteristicile specifice acesteia, şi restaurându-se dinamica familială, comunicarea şi relaţiile interpersonale;
f) *metode mixte*, constând din asocierea celor menţionate mai sus;
g) *metoda asocierii art-terapiei cu alte forme de tratament* (medicamentaţie sedativă, psihotropă, antidepresivă, vitaminoterapie, cură Sakel, psihoterapie analitică, socioterapie etc.) are valoarea aportului unei activităţi diversificate, care înlătură aspectele negative ale spitalizării şi grăbeşte procesul de ameliorare clinică şi resocializare a bolnavilor.

În ceea ce priveşte *modul de utilizare a creaţiilor plastice* ale bolnavilor psihici în procesul de psihoterapie, R. Volmat indică trei grupe de tehnici, inspirate din cura psihanalitică clasică. Acestea sunt următoarele: a) *metoda asociativă*, care pleacă de la analiza semnificaţiei conţinutului simbolic al desenului sau picturii, stabilind relaţiile care există între acesta şi conţinuturile inconştientului bolnavului; b) *metoda neasociativă* sau *activă*, ce se adresează acelor părţi din psihicul bolnavului rămase intacte, neafectate de procesul patologic, pe care le stimulează, utilizându-le ca resurse terapeutice şi de restaurare; c) *metoda mixtă* este forma cea mai completă, care le îmbină pe cele precedente, având efectele psihoterapeutice cele mai bune. Această metodă este utilizată, de regulă, ca formă de psihoterapie de grup, cu rol ocupaţional, utilizând dinamica grupului respectiv.

În aplicarea sau alegerea metodelor de mai sus, trebuie să se aibă în vedere mecanismele prin care *procesul de creaţie artistică*, privit ca activitate terapeutică,

şi *opera de artă*, ca produs proiectiv al acestei activităţi, contribuie la procesul de vindecare a bolnavilor.

Referindu-se la mecanismele psihoterapeutice ale art-terapiei, J. Obiols notează existenţa următorilor factori : arta este un mijloc de expresie care are la bază dorinţa de comunicare, ea reflectând conţinutul intrapsihic al inconştientului bolnavului, raportat la starea sa clinică ; expresia plastică are o bogată valoare simbolică (Prinzhorn, Morgenthaler, Vinchon, Volmat, Minkowska, Naumburg, Ulman, Bobon, Enăchescu). Acest conţinut simbolic este expresia fondului conflictual al bolnavului, pe care el nu-l poate verbaliza sau pe care-l cunoaşte insuficient. Astfel, imaginile plastice produse de bolnav reprezintă o veritabilă formă de comunicare între acesta şi psihoterapeutul său (M. Naumburg) ; aspectul bizar, neobişnuit, adeseori de o impenetrabilă opacitate al lucrărilor artistice ale bolnavilor psihici este expresia psihozei acestora, pe care ei o proiectează printr-un proces de creaţie cu semnificaţie de transfer pozitiv, realizând în felul acesta un act de catharsis ; metoda art-terapiei este în relaţie directă cu intensitatea actului dinamic pe care-l reprezintă, scoţând astfel în relief, încă o dată, valoarea cathartică a acestei forme de psihoterapie ; opera de artă patoplastică exercită, o dată terminată, o acţiune de „impresie estetică" de factură centripetă asupra autorului ei. Prin aceasta, cel care a produs-o ia cunoştinţă de propriile sale „probleme psihologice". În acelaşi timp, ea reprezintă un tip de activitate original, plăcut, ajută la întărirea Eului şi contribuie ca atare la restabilirea echilibrului psihic al personalităţii bolnavului. Sunt dezvoltate reacţii afective pozitive, care refac comunicarea şi, prin aceasta, pregătesc reintegrarea bolnavului în familie şi în societate.

Terapiile ocupaţionale au un loc particular în arsenalul psihoterapeutic şi, prin caracterul lor practic, lucrativ, cât şi prin rezultatele concrete ale activităţii bolnavilor, grăbesc considerabil procesul de vindecare psihică şi resocializare.

Capitolul 29

Curentul de psihoterapie umanistă

Problema „umanismului psihiatric"

Domeniul psihiatriei nu se înfăţişează numai ca o cunoaştere aprofundată a unei ramuri a patologiei medicale şi a sistemului nervos ; el este totodată şi o importantă ramură a „ştiinţelor umane". Din aceste considerente, atunci când se vorbeşte despre o *antropologie psihiatrică*, trebuie făcută cu multă atenţie delimitarea între *omul fizic* şi *persoana morală*.

Deşi ramură specializată a medicinei, având ca domeniu patologia mintală, psihiatria trebuie să aibă în vedere nu numai omul ca individ, ci şi omul în relaţiile sale cu mediul social, cu credinţele şi ideile care inspiră umanitatea în evoluţia sa istorică, şi de aici necesitatea de a cunoaşte factorii sociali şi morali care-i conferă întregii umanităţi trăsăturile specifice. În sensul acesta, psihiatria trebuie să se înscrie, în egală măsură, şi în sfera ştiinţelor umane (H. Baruk). Studiul *omului fizic* nu poate fi izolat de studiul *omului moral*, fiind vorba de „părţi" ale aceluiaşi „întreg". O privire globală asupra omului, cu caracter antropologic, este singura capabilă să cuprindă în totalitate problema la care ne referim.

Plecând de la aceste postulate, punctul nostru de vedere se va extinde, în spiritul unei viziuni *antropologice*, asupra tuturor aspectelor care vizează existenţa umană, întrucât datoria oricărui cercetător în acest domeniu este cuprinsă în afirmaţia lui E. Minkowski : *„Car l'homme est fait pour rechercher l'humain"*.

Aceste aspecte sunt puse cu atât mai mult în valoare atunci când este vorba de boala mintală, de patologia psihiatrică, ca fenomen clinic, pe de o parte, iar pe de altă parte, din perspectiva abordării psihoterapeutice a acestor tulburări. În acest moment iese în evidenţă caracterul specific al psihiatriei, legat de natura obiectului său. În ambele situaţii, fie că este vorba de *cunoaşterea clinico-psihiatrică* a bolnavului, fie că este vorba de *restaurarea psihoterapeutică* a acestuia, elementul esenţial este, după E. Minkowski, *întâlnirea umană* ca relaţie interpersonală specifică.

Întâlnirea umană este fundamentul metodologic atât al psihopatologiei, cât şi al psihoterapiei. Ea este cu totul altceva în raport cu *examenul clinic* din sfera medicinei somatice. În medicina somatică „se vede" corpul bolnavului ; în psihiatrie „este interogată" persoana bolnavului. „Vederea somaticului" este în cazul acesta înlocuită cu „înţelegerea sufletească". Sunt două atitudini metodologice complet diferite. Evoluţia acestui punct de vedere metodologic a avut o istorie destul de

complicată (H. Baruk, E. Minkowski, J. Postel şi M-Quetel, M. Ristich de Groote, M. Foucault, D. Cooper).

Istoria *bolii psihice* cuprinde o multitudine de dispute, centrate pe un subiect extrem de controversat. Evoluţia ideilor despre boala psihică rezumă, în multe privinţe, însăşi istoria ideilor despre om, întrucât ele au reprezentat un subiect aparţinând religiei, moralei, filosofiei, medicinei în sens biologic, pentru a se ajunge astăzi, prin intermediul psihologiei, psihanalizei şi psihopatologiei, la puntea care leagă medicina de ştiinţele umane (M. Sendrail, M. Foucault, A. Osterreich, J. Bless, F. Laplantine). Ne vom rezuma însă în cele ce urmează la a analiza aspectele legate de „umanismul psihiatric".

Actul de medicalizare a bolii psihiatrice, cu semnificaţii umanist-morale ca atitudine faţă de bolnavii mintali, este inaugurat prin gestul lui Ph. Pinel, reorganizatorul şi reformatorul clinicii de psihiatrie de la Ospiciul Bicêtre din Paris, la sfârşitul secolului al XVIII-lea (R. Semelaigne, H. Baruk, J. Postel şi A. Quetel). Tratamentul *medical dobândeşte, în cazul alienaţilor mintali, o semnificaţie morală*. Am putea considera acest moment şi ca fiind cel de naştere a psihoterapiei moderne.

În secolul al XIX-lea, boala psihică este considerată o formă particulară de „degradare a speciei umane" (H. Baruk), doctrină concentrată în „teoria degenerescenţei". Referitor la acest punct de vedere, H. Baruk afirmă că el este împrumutat din filosofie şi morală, exprimând o stare de alterare progresivă, de degradare a condiţiei naturale a fiinţei umane. Cei care dezvoltă şi impun în epocă „teoria degenerescenţei" în sfera psihiatriei sunt A. Morel, V. Magnan şi C. Lombroso.

Noţiunea de degenerescenţă a dus la crearea unei entităţi metafizice de degradare a speciei umane către „nebunie", declanşând panică. Această frică de nebunie a declanşat reacţiile de apărare ale societăţii, mergând de la simpla izolare azilară sub strictă supraveghere a bolnavilor psihici până la soluţiile eugenetice sau chiar de exterminare a acestora (H. Baruk, M. Foucault, Ph. Rappard, J. Lemoine).

Pericolul acestei concepţii deformate asupra degenerescenţei este de a conferi unei entităţi abstracte, reprezentată prin „pericolul nebuniei", o realitate proprie naturii bolnavilor mintali. Degenerescenţa, dincolo de intenţiile sale explicative *privind natura bolii psihice, exprimă o atitudine faţă de boala mintală şi bolnavul* psihic. Este o mentalitate construită dintr-un punct de vedere filosofico-moral negativ, iar combaterea ei se poate realiza numai printr-o reformă a societăţii, o reformă morală, medicală şi umană generală.

În spiritul acestor idei, H. Baruk vorbeşte despre o *psihiatrie morală* care va sta la baza *umanismului psihiatric*. Axa acestei concepţii o reprezintă *conştiinţa morală*, care este „o forţă puternică, invizibilă, pur interioară, spirituală, psihologică, fără o reprezentare materială, forţa care judecă binele şi răul şi care poate determina în om prin prezenţa ei binele, echilibrul sufletesc, pacea sau – prin absenţa ei – dezechilibrul, boala, violenţa" (H. Baruk).

La vremea sa, Socrate vorbea despre *daimonion*, acea „voce interioară" (care este, de fapt, „conştiinţa morală") ce-l oprea pe filosoful atenian de a întreprinde anumite acţiuni. În cazul lui Socrate, conştiinţa morală acţiona ca o veritabilă „cenzură".

Aceste idei care pun accentul pe importanţa „conştiinţei morale" în menţinerea echilibrului psihic, dar şi al restaurării terapeutice a acestuia când este ameninţat sau pierdut le regăsim la J.H. Bless. Acesta vede în modificarea conştiinţei morale una dintre formele majore de cauze care tulbură starea de echilibru psihic al individului. Pentru J.H. Bless, orice tulburare psihică trebuie raportată la sfera conştiinţei morale. Acest punct de vedere, original şi interesant, aduce o viziune inedită asupra interpretării psihopatologice a vieţii psihice, cât şi asupra organizării formelor de psihoterapie de tip umanist.

După J.H. Bless, ceea ce tulbură conştiinţa morală a unei persoane este *scrupulul*. Acesta se defineşte ca fiind o îndoială morală care tulbură echilibrul interior, sufletesc şi spiritual al individului, făcând, în felul acesta, dificilă sau chiar imposibilă evoluţia acestuia către perfecţiune. Scrupulul este o stare de tensiune psihică, dată de o îndoială penibilă şi obsedantă. El este corelat cu teama nefondată de a greşi, de a păcătui, provenită din false situaţii. Scrupulozitatea este sentimentul moral de vinovăţie, deşi, în fapt, este recunoscută inocenţa morală a persoanei.

Ceea ce se discută de fapt, din punct de vedere moral şi psihologic, este *sentimentul de culpabilitate* pe care-l declanşează îndoiala, nesiguranţa, anxietatea, angoasa, care sunt fenomene psihopatologice declanşatoare ale scrupulului în planul moral al persoanei.

Această modificare în planul conştiinţei morale a individului, cu valoare de „conflict", are o mare însemnătate psihopatologică şi este întâlnită în multe situaţii clinico-psihiatrice, cum ar fi: fobii, obsesii, psihastenie, nevroză obsesivo-fobică, stări anxioase, depresii, melancolie, stări isterice, schizofrenie, stări delirante, crize suicidare.

Pornind de la datele prezentate mai sus, se pune problema restabilirii echilibrului psihic prin instituirea unei psihoterapii bazate pe principii morale. Această *psihoterapie morală* reprezintă metoda care urmăreşte restabilirea şi consolidarea *conştiinţei morale* în om. Ea se înfăţişează ca un sistem terapeutic complex, de factură umanistă.

Conştiinţa morală se formează şi prin educaţia moral-religioasă a individului. Cu cât aceasta este mai solidă, cu atât individul este mai puţin vulnerabil la traumatismele psihice, morale sau sociale care pot antrena stări de dezechilibru psihic. În ceea ce priveşte direcţiile de orientare metodologică practică, dar şi sursele lor teoretice, *psihoterapia morală* recunoaşte două surse: sursa *medico-psihiatrică* (H. Baruk) şi sursa *medico-religioasă* (J.H. Bless). La acestea se mai adaugă curentul de *psihologie şi psihoterapie umanistă*.

Formele de psihoterapie moral-umanistă

1. *Psihoterapia morală medico-psihiatrică*. Această formă de psihoterapie a fost concepută şi introdusă de H. Baruk, fiind inspirată din principiile morale şi religioase ale Vechiului Testament. H. Baruk a denumit această metodă *chitamnie*, cuvânt

biblic, de etimologie ebraică, desemnând *metoda încrederii* (ebr.: *chitah* – metodă, *amen* – încredere). Aceasta reprezintă o formă de psihoterapie morală de încredere şi susţinere, de consolare a pacientului. Modelul său exemplar îl vedem în cazul lui Iov.

Metoda chitamniei utilizează „bunătatea, încrederea, atitudinea corectă şi încurajarea" în relaţiile cu bolnavii psihici (H. Baruk). Este o formă particulară de comunicare simpatetică prin care bolnavul este susţinut, încurajat şi consolat. Prin aceste calităţi, ea dezvoltă o anumită intimitate în relaţia terapeutică medic-bolnav, opunându-se în felul acesta, după părerea lui H. Baruk, „metodelor dure" ale psihiatriei.

2. *Psihoterapia medico-religioasă*. Despre aceasta se poate spune că există de multă vreme şi ea se exprimă, în primul rând, prin „atitudinea" faţă de bolnav sau, mai exact, faţă de omul aflat în suferinţă.

Întrucât, iniţial, suferinţa era percepută ca o stare morală interioară a persoanei, atitudinea faţă de aceasta era de înţelegere, compasiune şi consolare simpatetică. Aceasta era atitudinea filosofico-morală, precreştină, aşa cum o vedem în special la filosofii stoici (Seneca, Marc-Aureliu, Epictet). Creştinismul va reinterpreta lucrurile, introducând un sistem moral bazat pe iubire ca atitudine faţă de om. *Suferinţa* era percepută în relaţie cu *păcatul*, iar acesta ca rezultat al unui act de „impurificare" a fiinţei umane prin intervenţia exterioară a unor factori malefici (posesiunea demoniacă). Psihoterapia va avea caracterul unui ritual religios de *exorcism*, urmărind „alungarea diavolului" din om. Semnificativ în sensul acesta este *Canonul Sf. Vasile cel Mare*. Alte metode sunt *confesiunea* şi *penitenţa*.

Medicalizarea pasiunilor şi constituirea unei „patologii psihiatrice" în relaţie cu acestea (H. Damaye, M. Boigey, J.H. Bless) vor pune accentul pe sfera conştiinţei morale, aşa cum s-a arătat mai sus. Din acest moment, se poate spune că psihoterapia moral-religioasă se desprinde de practicile ritualurilor religioase, constituindu-se ca o formă bine conturată de psihoterapie morală. Ea urmăreşte întărirea conştiinţei morale a omului aflat în suferinţă, combaterea îndoielii, a scrupulelor şi a angoasei, evitarea sau lichidarea culpabilităţii în sens religios-moral sau, altfel spus, „absolvirea de păcate". Această îmbinare de metode moral-religioase în restaurarea echilibrului psihic interior este de o mare valoare şi duce la rezultate pozitive, prin consolidarea conştiinţei morale a persoanei.

3. *Curentul de psihologie şi psihoterapie umanistă* apare iniţial în SUA, sub denumirea de „mişcarea potenţialului uman", ca o necesitate de reformă lărgită a psihoterapiei. Postulatele acestui curent de psihologie umanistă sunt următoarele:

a) importanţa acordată grupurilor, interesul pentru dinamica acestora, ca suport al întâlnirii dintre persoane şi al dezvoltării experienţelor comunitare;
b) integrarea diferitelor funcţii ale vieţii psihice, spre deosebire de tehnicile care utilizează înţelegerea intelectuală (corporală, emoţională, perceptivă etc.);
c) dezvoltarea şi mobilizarea potenţialului vital de realizare al omului în scopul afirmării de sine.

Sursele de inspiraţie ale psihologiei şi ale psihoterapiei umaniste sunt multiple, acest curent reprezentând o formă sintetică globală a unor tehnici şi concepţii diferite. În sensul acesta, sunt menţionate următoarele:

a) Influenţa psihanalizei, pe care a modificat-o transformând-o într-o teorie simplă şi accesibilă, un ajutor imediat privind dificultăţile bolnavului, luarea la cunoştinţă a experienţei trăite a acestuia, insuflarea unui optimism legat de realizarea de sine şi a relaţiilor cu ceilalţi.
b) Concepţiile lui Maslow, fundamentate pe noţiunea de dezvoltare; în acest caz, se porneşte de la o „teorie a nevoilor umane", distingându-se două categorii principale: nevoile bazale (nevoi fiziologice de bază, nevoia de securitate, nevoia de control şi putere asupra mediului său, nevoia de apartenenţă la grup, nevoia de stimă şi de recunoaştere de către ceilalţi) şi metanevoile (nevoia de stimă de sine, nevoia de realizare de sine sau autorealizare).
   Maslow consideră că dezvoltarea omului este determinată de două tipuri de motivaţii, după cum urmează: motivaţii de deficit, pentru satisfacerea celor cinci nevoi de bază; motivaţii de abundenţă, pentru satisfacerea metanevoilor. Omul parcurge, în felul acesta, o serie de cicluri, fiecare nevoie o dată satisfăcută făcând accesibilă percepţia unei nevoi superioare.
c) Teoria *training groups* sau a „grupelor de formare" s-a dezvoltat sub influenţa teoriei lui K. Lewin; în conformitate cu aceasta, rolul important este deţinut de următorii factori: fenomenele interne de grup, dinamica interacţiunii sociale, studiul proceselor de autoritate, învăţarea cooperării şi a democraţiei în cadrul grupului.
d) Modelul oferit de „grupul de întâlnire" (C. Rogers), centrat pe persoană; acesta este un grup de evoluţie personală care permite, prin intermediul experienţei trăite de fiecare membru al grupului, dezvoltarea capacităţilor de expresie, ameliorarea relaţiilor şi a comunicărilor interpersonale.
e) O altă sursă a psihoterapiei umaniste o reprezintă concepţia lui W. Schultz, care utilizează grupurile de întâlnire, jocul dramatic, tehnicile corporale, bioenergia, yoga şi metodele de meditaţie.

Tehnicile de terapie umanistă

1. *Analiza tranzacţională*. E. Berne introduce teoria analizei tranzacţionale, pornind de la psihanaliză, pe care o simplifică în scopul obţinerii unei serii de concepte care se doresc a fi clare şi operaţionale atât în ceea ce priveşte analiza Eului şi punerea în evidenţă a interacţiunilor sale cu ceilalţi, cât şi în privinţa luării la cunoştinţă a relaţiilor sale cu ceilalţi şi definirii obiectivelor propriei vieţi. Analiza tranzacţională este o teorie care privilegiază Eul, utilizând dinamica inconştientului.

Teoria lui E. Berne priveşte mai multe domenii de analiză, după cum urmează:

a) Analiza structurală sau analiza stărilor Eului. În conformitate cu aceasta, se consideră că personalitatea este constituită din trei părţi ale Eului sau organizări cognitive şi emoţionale coerente. Acestea sunt următoarele: părintele, adultul, copilul:
   - stadiul „părinte" este constituit de ceea ce a învăţat individul de la părinţi, interiorizarea interdicţiilor, a valorilor şi normelor parentale şi sociale;
   - stadiul „adult" receptează şi evaluează în mod obiectiv realitatea exterioară;
   - stadiul „copil" cuprinde componenta primitivă şi spontană a personalităţii; acesta are două substadii: „copilul spontan", caracterizat prin resimţirea emoţiilor din cursul primei copilării; „copilul adaptat", caracterizat prin rezultatul unei adaptări la normele parentale.
b) Analiza tranzacţiilor. Prin tranzacţie se înţelege orice schimb comunicaţional (verbal, gestual sau fizic) între persoane.
c) Analiza scenariilor vieţii. Prin scenariu E. Berne înţelege un plan de viaţă pe care subiectul îl elaborează încă din copilărie, integrând, în funcţie de capacitatea proprie, diversele influenţe primite din partea părinţilor săi, precum şi propriile decizii.

În cazul analizei tranzacţionale, practica terapeutică constă din următoarele: se începe cu explicarea clară şi detaliată a principiilor analizei tranzacţionale; se trece la şedinţele de psihoterapie de grup, în cursul cărora sunt urmărite „scenariile" subiectului; când s-a adunat o cantitate suficientă de material, terapeutul va explica elementele scenariului, încercând să-şi ajute subiecţii să elaboreze scenarii noi; stabilirea unei relaţii terapeutice bazată pe o colaborare pozitivă, insistând pe schimbare, ca scop al terapiei.

2. *Gestalt-therapy*. Această metodă a fost introdusă de F. Perls şi este cunoscută şi sub denumirea de „terapia lui aici şi acum". Metoda urmăreşte ca subiectul să poată degaja din câmpul conştiinţei sale forme succesive, luări la cunoştinţă ale momentelor propriilor experienţe privind nevoile, emoţiile, senzaţiile corporale, relaţiile cu mediul.

3. *Bioenergia*. Această formă de terapie a fost instituită de W. Reich. Plecând de la „funcţia orgasmului", autorul menţionat acordă o mare importanţă structurilor musculare, în special fenomenelor de rigiditate musculară în raport cu „circulaţia energiei emoţionale", pe care o pune în relaţie cu manifestările neurovegetative. De aici, el propune o metodă terapeutică originală, vizând „mobilizarea energiei" corporale. Este creat conceptul de „orgon", care desemnează energia biologică şi cosmică, dar aceste aserţiuni nu au putut fi încă probate. Se încearcă să se trateze boli diferite, dar adesea aceste încercări eşuează, autorul unei asemenea metode pierzându-şi prestigiul profesional.

În anul 1956, se deschide la New York Institutul de Analiză Bioenergetică, condus de către doi elevi ai lui W. Reich., A. Lowen şi J. Pierrakas. Noua orientare

a terapiei bioenergetice urmăreşte să obţină o stare de relaxare musculară cu efecte emoţionale pozitive. Orientarea practică a tehnicii va consta din masaje musculare profunde şi exerciţii respiratorii asociate.

4. *Terapia primală*. A. Janov constată că nesatisfacerea nevoilor fundamentale ale copilului antrenează o „durere fundamentală" (primală) care rămâne în câmpul conştiinţei acestuia, având un caracter intens şi acut.

În aceste situaţii, psihoterapia urmăreşte replasarea suferinţei primale a individului printr-un mecanism de transfer pozitiv cu efect cathartic.

5. *Alte metode*. Specialiştii în psihoterapie sunt de acord în a include în categoria psihoterapiilor umaniste alte câteva forme de psihoterapie, cum ar fi :

a) *terapia ţipătului*, având ca efect o stare de mobilizare şi de descărcare emoţională a subiectului ;
b) *iluminarea intensivă*, metodă de autopsihoterapie inspirată din tehnicile de meditaţie, din metodele Zen şi Yoga, cu efect de autorelaxare prin concentrare interioară ;
c) *tehnici corporale*, constând în stimularea senzorială prin tehnici de masaj şi exerciţii respiratorii.

Astfel, se poate desprinde concluzia că mişcarea de psihologie umanistă cuprinde o mare diversitate de metode, pe care unii terapeuţi tind să le asocieze în cadrul unei practici cu caracter heterogen. O analiză critică a acestor metode pune însă în evidenţă o anumită lipsă a unităţii de concepţie, ele reprezentând, de fapt, o mişcare de contestare a psihoterapiei clasice. În această privinţă, nu greşim dacă le comparăm cu aceleaşi tendinţe care stau la baza curentelor de factură „antipsihiatrică".

Capitolul 30

Psihoterapiile instituţionale şi socioterapiile

Origine şi definiţie

Psihoterapiile instituţionale cuprind un ansamblu de metode care urmăresc să amelioreze asistenţa şi terapeutica instituţiei psihiatrice, antrenând în acest sens structurile de asistenţă instituţională, prin atribuirea unui rol psihoterapeutic (P. Sivadon) acestui sistem.

După A. Porot, „terapia instituţională este ansamblul de măsuri care fundamentează tratamentul pe situaţia creată prin prezenţa bolnavului într-o instituţie de îngrijire şi care utilizează ca principal mijloc terapeutic însuşi modul de organizare şi funcţionare a.e instituţiei respective".

Terapia instituţională implică o anumită atitudine atât psihoterapeutică, cât şi socioterapeutică, cu un caracter pozitiv şi umanist. În sensul acesta, psihiatria engleză vorbeşte despre o „psihiatrie comunitară". Această concepţie atribuie instituţiei psihiatrice un rol deosebit de activ în organizarea generală a îngrijirii bolnavilor. Aspectul se referă la următoarele: amenajarea mediului spitalicesc; ameliorarea asistenţei spitaliceşti terapeutice; colaborarea unei largi echipe terapeutice, cu caracter interdisciplinar; libera comunicare; relaţii interpersonale pozitive, deschise, între bolnavi, medici, familie şi societate; activităţi paraterapeutice alternative cu cele terapeutice.

Psihoterapia instituţională apare pentru prima dată în Franţa, la începutul secolului al XIX-lea, prin măsurile introduse în asistenţa bolnavilor psihici de către Esqirol şi Simon. Ele cunosc o importantă dezvoltare în secolul XX, după cel de-al II-lea război mondial, când se urmăreşte transformarea spitalelor de psihiatrie din *instituţii azilare* cu caracter de imobilism alienant de izolare (care favorizau cronicizarea evoluţiei clinice a bolilor mentale) în *instituţii deschise*, de comunicare liberă şi de resocializare a bolnavilor psihici.

Psihoterapia instituţională actuală se bazează pe următoarele trei aspecte:

a) concepţia psihanalitică a tratării bolnavilor psihici în cadrul sistemului instituţional;
b) studiul sociologic al structurilor terapeutice de îngrijire a bolnavilor psihici, cu o largă antrenare şi participare directă a familiei acestora, a instituţiilor sociale de asistenţă etc.;
c) analiza sociopolitică.

Instituţii patogene

Instituţia este definită ca reprezentând tot ceea ce este inventat de om în opoziţie cu natura (Littré). Individul participant la diverse instituţii adoptă roluri şi modele de comportament noi. Orice instituţie constituie un univers specific, cu un anumit tip de conduită, reglementată după nişte norme precise.

Majoritatea autorilor sunt de acord în a considera că, prin natura lor, *instituţiile* au un caracter *totalitar* (P. Sivadon). Ele presupun o organizare şi o reglementare care influenţează raporturile interindividuale, limitând în felul acesta libertatea de acţiune a indivizilor. Aceste instituţii impun o anumită constrângere în ceea ce priveşte satisfacerea nevoilor individuale, favorizând astfel apariţia de noi tulburări psihice sau agravându-le şi cronicizându-le pe cele deja existente.

Instituţiile totalitare, în sensul mai sus prezentat, au o mare varietate de forme, iar cele mai frecvente dintre acestea sunt următoarele: căminele pentru persoanele handicapate, sanatoriile destinate bolnavilor cronici, spitalele de psihiatrie, instituţiile penitenciare, lagărele de concentrare.

Instituţiile totalitare, prin modul lor de organizare şi sistemul de viaţă şi activitate pe care le impun, modifică într-o măsură considerabilă comportamentul persoanelor din interiorul lor, cu consecinţe multiple asupra personalităţii acestora. Urmările internării în instituţiile totalitare sunt reprezentate de: apariţia fenomenului de hospitalism, regresiunea afectivă, cronicizarea afecţiunilor de bază, declanşarea unor psihoze reactive acute, adaptarea patologică la mediul instituţional, apariţia unor forme speciale de tulburări psihice de tipul psihozelor carcerale, bufee delirante, episoade de confuzie mentală.

Pe baza celor menţionate mai sus, se descrie chiar o anumită *patologie instituţională*. Se consideră astfel că orice instituţie poate fi patogenă din punctul de vedere al sociogenezei bolilor mintale. Instituţionalizarea, care implică o anumită formă de claustrare a bolnavului, produce o importantă ruptură adaptativă a acestuia, urmată de o stare de regresiune morbidă.

Plecând de la aceste date de observaţie practică, R. Barton descrie *nevroza instituţională*, care se caracterizează, din punct de vedere clinico-comportamental, prin următoarele aspecte: apatie, lipsa de iniţiativă, pierderea interesului, mai accentuat pentru lucrurile şi evenimentele care nu sunt direct personale sau prezente ale bolnavului, supunerea docilă şi fără resentimente faţă de nedreptăţi, lipsa de interes pentru viitor, determinarea atitudinilor personale, pierderea individualităţii, resemnarea fatalistă.

R. Barton descrie chiar câteva *tipuri clinice* de bolnavi în sfera *nevrozei instituţionale*, şi anume:

a) bolnavul mut şi abrutizat, inactiv şi necooperant;
b) bolnavul muncitor şi neprotestatar, care-şi identifică propria existenţă cu aceea a organizării şi activităţii instituţiei;

c) bolnavul vesel şi activ, care profită de posibilităţile care îi sunt puse la dispoziţie de instituţia în care se află, munceşte, nu manifestă dorinţa de a părăsi instituţia, nu are proiecte şi nu este interesat de propriul său viitor.

Practica terapiei instituţionale

Este absolut evident faptul că *terapia instituţională* vizează în primul rând „schimbarea caracteristicilor instituţiei", fiind în fapt o *socioterapie*. Aceste modificări constau în anularea „traumatismelor instituţionale" sau a fenomenelor de reprimare „totalitaristă".

Instituţia psihiatrică, *spitalul de boli mintale* este în primul rând o instituţie terapeutică. P. Sivadon afirmă că „spitalul psihiatric, a cărui valoare terapeutică, în formele sale actuale, este discutabilă (el reprezentând un prototip de instituţie totalitară, însărcinat, de fapt, cu reprimarea tulburărilor de comportament), necesită nu numai o schimbare de structură, ci şi, în primul rând, una de funcţionare".

Reformarea spitalului clasic de psihiatrie este de fapt o modificare a mentalităţii medico-psihiatrice de *a privi* şi de *a trata* bolnavul psihic. Este vorba de „o nouă gândire medicală", care depăşeşte cadrele stricte ale psihoterapiei, înscriindu-se în contextul mai larg al „organizării socio-psihiatrice" a asistenţei bolnavilor psihici, sarcină care revine *socioterapiei*.

Terapia comunitară sau *socioterapia* are trei dimensiuni speciale:

1. *Comunicarea*. Aceasta constă în stabilirea unui climat comunicaţional în interiorul instituţiei. Elaborarea programelor şi a obiectivelor terapeutice se bazează pe comunicarea dintre echipa terapeutică şi bolnavi în scopul ameliorării, al toleranţei mediului şi duratei spitalizării de către pacienţii internaţi.
2. *Activităţile terapeutice*. Timpul de spitalizare a bolnavilor trebuie ocupat cu activităţi utile, interesante, plăcute, distractive, individuale sau colective, care să le ofere o ocupaţie, dar şi să-i antreneze pe bolnavi, să le dea încredere în forţele lor şi speranţa recuperării. În această direcţie se înscriu următoarele tipuri de activităţi: ergoterapia, activităţile expresive, tehnicile artizanale sau artistice, activităţile corporale.
   Prin aceste activităţi se urmăreşte evitarea fenomenului de regresiune, este oferită o ocupaţie terapeutică utilă, interesantă şi atractivă, care le va prilejui bolnavilor relaţii interpersonale noi, le va ocupa timpul de spitalizare cu o activitate antrenantă, eliminând sentimentul claustrării forţate.
3. *Orientarea socioterapeutică*. Structurile spitaliceşti pot fi în aşa fel amenajate încât ele vor menţine în continuare contactele sociale şi familiale ale bolnavilor internaţi. În scopul acesta, se va face apel la colaborarea cu familiile bolnavilor, rude, prieteni sau colegi din anturajul acestora. Se va menţine comunicarea şi se va facilita dezvoltarea relaţiilor interpersonale. Un rol special revine modelului de comportament şi atitudinii emoţionale ale personalului medico-psihologic de îngrijire a bolnavilor. Pe lângă cele menţionate, se vor introduce activităţi artistice, sportive, gimnastică, excursii, scurte permisii în familie la sfârşitul săptămânii etc.

Capitolul 31

Psihoterapia afecţiunilor psihosomatice

Aspecte generale

Majoritatea specialiştilor sunt de acord în a recunoaşte faptul că *patologia psihosomatică* nu reprezintă numai un domeniu de frontieră între *patologia somatică* şi *patologia psihică*, ci reflectă o întrepătrundere intimă a celor două componente ale fiinţei umane, *trupul* şi *sufletul*, în asemenea măsură încât acest domeniu poate fi considerat ca o formă particulară de „răspuns unic" al omului la o categorie de factori etiologici care pun în mişcare într-o manieră simultană atât componente somatice, cât şi componente psihice şi care sunt de un mare polimorfism clinic.

Acest fapt, care astăzi este considerat ca stabilit definitiv în medicină, este probat şi prin atitudinea terapeutică particulară a medicilor în cazul afecţiunilor psihosomatice (J. Delay, P. Pichot, A. Porot, R. Pierloot, R.R. Gringker, F.P. Robbins, M. Balint, B. Luban-Plozza, W. Pöldinger, H. Heimchen, M. Linden, U. Rüger).

Afecţiunile psihosomatice nu răspund unei terapeutici care să corecteze numai aspectele fiziopatologice ale acestor tulburări, întrucât mecanismele lor patogenetice depăşesc cadrul tulburărilor fiziologice şi fizico-chimice. Ele trebuie considerate ca un fenomen clinico-medical particular, care asociază suferinţelor somatice cauze psihologice. Din acest motiv, afecţiunile psihosomatice apar ca un tip de „activitate patologică a omului total" (R. Pierloot). Aceste boli trebuie privite ca un gen particular de „manifestare a unei corporalităţi însufleţite, raportându-le la cadrul vieţii psihice a pacientului" (R. Pierloot).

Având în vedere aspectele menţionate mai sus, intervenţia psihoterapeutică se impune cu necesitate în cazul bolilor psihosomatice. Toate tulburările somatice de origine psihică, în sensul lor cel mai general, trebuie privite ca o formă particulară de *experienţă patologică* trăită de bolnavul psihic sub forma unei „boli somatice". În toate aceste situaţii, tulburările fiziologice care se manifestă ca suferinţe somatice sunt urmarea unei „insuficienţe a elaborării vitale" a individului, cauza fiind situată în sfera psihică a acestuia. În toate cazurile care se situează în această grupă de afecţiuni, conflictele psihologice, în special cele de natură nevrotică, se exprimă prin suferinţe somatice.

Stabilind existenţa acestui raport între sfera *somatică* şi sfera *psihică* a persoanei, rezultă de la sine că abordarea terapeutică a bolilor psihosomatice cu metode psihoterapeutice de tipul sugestiei sau al susţinerii şi încurajării va putea conduce la

succese rapide, prin reorganizarea unei integrări psihodinamice a persoanei bolnavului. Însă este necesar să se acţioneze „de la caz la caz" în ceea ce priveşte metodele psihoterapeutice utilizate, luându-se în considerare tipul de personalitate a bolnavului, factorii psihotraumatizanţi şi circumstanţele în care s-a dezvoltat afecţiunea respectivă.

Aspectele psihoterapeutice ale bolilor psihosomatice

Este cunoscut faptul că orice apel la sfera emoţional-afectivă a vieţii psihice va mobiliza forţe cu efect restaurator împotriva tulburărilor echilibrului psihic sau somatic, aceste intervenţii având valoare psihoterapeutică. Aspectul se verifică practic în cazul afecţiunilor somatice secundare unor reacţii de natură nevrotică, în care conflictele sau frustrările au un rol patogenetic esenţial. Psihoterapia vizând restaurarea echilibrului psihic, prin lichidarea conflictelor sau a situaţiilor de frustrare, va avea ca rezultat vindecarea suferinţelor somatice ale pacienţilor.

În cazurile menţionate, psihoterapia trebuie să rezolve stările de tensiune actuală ale bolnavilor, conducând la o reorganizare şi o integrare a personalităţii acestora. Ea are, în mod egal, sarcina să conştientizeze factorii dinamici care, acţionând asupra vieţii psihice a bolnavului, să conducă la restabilirea echilibrului sufletesc al acestuia.

În tratamentul afecţiunilor somatice ce sunt expresia unor tulburări de natură nevrotică, trebuie să avem în vedere ce tehnici de psihoterapie utilizăm şi cum trebuie condusă acţiunea psihoterapeutică. Acest fapt este deosebit de important din punct de vedere practic, întrucât orice bolnav refuză să „vadă" în afecţiunea sa somatică o „manifestare psihică" anormală. Prin urmare, cooperarea cu bolnavul este esenţială şi ea necesită o pregătire specială şi minuţioasă a medicului înaintea alegerii şi instituirii psihoterapiei. În sensul acesta, deosebim trei momente în acţiunea psihoterapeutică împotriva bolilor psihosomatice : *acceptarea psihoterapiei, materialul psihodiagnostic* şi *situaţia psihoterapeutică* propriu-zisă (R. Pierloot). Le vom analiza în continuare.

1. *Acceptarea psihoterapiei*. La baza unor afecţiuni somatice poate sta o „insuficientă realizare a destinului uman", susţine R. Pierloot, exprimând în felul acesta punctul de vedere al celor mai mulţi specialişti în domeniu. Astfel considerată, boala este interpretată ca o „soluţie a unui echilibru indispensabil", legată fiind de anumite situaţii de eşec ale persoanei. J. Groen şi J. Bastiaans vorbesc despre o „deplasare a sindroamelor" din sfera psihică în cea somatică, în sensul că anumite boli psihice se pot manifesta prin suferinţe exclusiv somatice ca aparenţă clinică. Este ceea ce, la vremea sa, S. Freud, înaintea introducerii conceptului de „boală psihosomatică", a denumit „fenomenul de conversiune somatică". Alteori, afecţiunile psihice pot alterna cu afecţiuni somatice, ambele având o etiologie comună.

Se consideră că în toate cazurile de afecţiuni psihosomatice avem de-a face cu manifestările unei personalităţi cu tulburări psihice importante şi specifice, în special de factură nevrotică, legate de conflicte relaţionale cu mediul, probleme de adaptare, frustrări etc. Un alt aspect care trebuie menţionat este *caracterul funcţional* al

acestor tulburări, care – deşi „zgomotoase" din punct de vedere clinic –, nu implică gravitatea unor afecţiuni somatice sau psihice independente. De acest aspect este legat şi succesul spectaculor al psihoterapiei în cazul afecţiunilor psihosomatice.

De asemenea, trebuie să ţinem seama în abordarea terapeutică a acestei categorii de bolnavi de faptul că, de regulă, aceştia au mai multă nevoie de *a fi consideraţi bolnavi* decât de *a fi vindecaţi*. Acest aspect relevă o nouă dimensiune, absolut specifică patologiei psihosomatice, şi anume caracterul de „refugiu în boală" al persoanelor traumatizate nevrotic; bineînţeles că aceasta este o trăsătură, dar nu o regulă (W.C. Alvarez, M. Balint, R. Pierloot).

2. *Materialul psihodiagnostic*. Este obligatoriu să se stabilească cu exactitate natura afecţiunii, cauzele care au produs-o şi existenţa unei relaţii de natură „funcţională" somatopsihică a acesteia.

Psihanaliza clasică recomandă în aceste cazuri utilizarea liberei asociaţii, analiza viselor bolnavului, interpretarea discursului acestuia, ca mijloace de explorare a dorinţelor refulate sau a inhibiţiilor din copilărie ale bolnavilor. Ulterior, se va porni de la acestea în acţiunea de restaurare a echilibrului perturbat.

Se poate însă utiliza cu succes şi metoda interviului clinic, care poate aduce importante şi numeroase date legate de factorii psihotraumatizanţi recenţi care au determinat perturbările psihodinamice ale vieţii psihice a bolnavului.

3. *Situaţia psihoterapeutică*. În instituirea psihoterapiei bolilor psihosomatice se insistă în mod deosebit asupra importanţei atmosferei, a mediului în care aceasta se desfăşoară (J. Groen, B. Luban-Plozza şi W. Pöldinger, R. Pierloot). Este necesar, pentru obţinerea unor rezultate pozitive, să se creeze o ambianţă terapeutică deschisă, caldă, securizantă, primitoare, care să compună un *spaţiu de intimitate comunicaţională* între medic şi pacient. Acest aspect este indispensabil, întrucât orice psihoterapie este un contact interuman în care personalitatea medicului şi ambianţa acestei relaţii joacă un rol deosebit de important pentru bolnav.

Trebuie adoptată o atitudine lipsită de echivoc şi comprehensivă faţă de pacient. Acesta trebuie să „simtă" că medicul îi este permanent aproape, că îl susţine şi îl încurajează. Încrederea bolnavului în medic este condiţia creditului acordat procesului de vindecare. Mulţi pacienţi cu afecţiuni somatice din cauze psihice vin la psihiatrul psihoterapeut, după ce multă vreme au colindat prin spitale, cabinete de consultaţii şi la medicii de diferite specialităţi, fără succes. Ei sunt persoane obosite, epuizate, descurajate, adesea resemnate în faţa situaţiei. Apelul la psihiatrie se face după acest lung periplu medico-terapeutic.

Această latură a problemei este deosebit de importantă. Trebuie redată încrederea bolnavului în vindecare sau cel puţin în ameliorare sau „schimbarea situaţiei", ca prim pas către instituirea psihoterapiei şi a credibilităţii acesteia. În plus, aceşti bolnavi sunt de două ori traumatizaţi psihic. Întâi, este vorba de psihotraumatismul nevrotic care a declanşat afecţiunea psihosomatică, apoi de psihotraumatismul cauzat de repetatele întâlniri eşuate cu medicii de diferite specialităţi şi tratamentele experimentate, dar lipsite de eficienţă. Bolnavii sunt descurajaţi sau disperaţi. În

acest caz, „situaţia psihoterapeutică" poate realiza o destindere a tensiunii intrapsihice a bolnavului, a angoasei sau fobiilor acestuia legate de boala respectivă, inaugurând, în fapt, procesul de catharsis.

Este de la sine înţeles faptul că relaţia medicului cu bolnavul este esenţială pe tot parcursul acţiunii psihoterapiei, aceasta reprezentând, în cele mai multe cazuri, o formă lungă şi laborioasă de tratament, care implică o conjugare a eforturilor atât ale medicului, cât şi ale bolnavului ce trebuie stimulat în mod permanent. Se impune să fie evitate ameliorările temporare, perseverându-se în acţiunea de stabilizare solidă a rezultatelor pozitive obţinute.

Activitatea psihoterapeutică trebuie să fie bine condusă, după un program riguros respectat. Şedinţele nu trebuie să fie obositoare, ci să aibă caracterul de stimulent pentru bolnav. Nu sunt vizate „simptomele somatice", ci factorii conflictuali, frustrările şi complexele ideoafective ale bolnavului care stau la baza declanşării şi întreţinerii afecţiunii respective.

Relaţia medic-bolnav în afecţiunile psihosomatice

Ca în orice altă formă de psihoterapie, relaţia medic-bolnav în situaţiile de suferinţă psihosomatică se dovedeşte a avea o importanţă deosebită. Se pun însă câteva probleme specifice legate de prezenţa unor dereglări fiziologice de natură somatică care, pe lângă faptul că marchează tabloul clinic, se manifestă pregnant şi în sfera conştiinţei bolnavului respectiv.

Prima calitate a medicului psihoterapeut în aceste cazuri este de a-l cunoaşte cât mai amănunţit pe bolnav, luând chiar rolul de „prieten" al acestuia şi al familiei sale, fapt care sporeşte în mod considerabil încrederea în medic, element foarte important în garantarea succesului actului terapeutic.

Primul rol al medicului este de a induce bolnavului încredere, un sentiment de siguranţă; elemente absolut necesare risipirii stărilor de angoasă şi pulsiunilor negative ale bolnavului, care îi întreţin sau chiar îi agravează suferinţa somatică.

În toate situaţiile, medicul trebuie să aibă în vedere faptul că nu se confruntă numai cu afecţiunea propriu-zisă a bolnavului, ci în mod egal şi cu personalitatea acestuia, cu subiectivitatea sa nevrotică. Prin urmare, în cazul bolnavilor psihosomatici ne aflăm în faţa unor situaţii clinice speciale, cu o mare „încărcătură emoţională patogenă", căreia medicul psihoterapeut este dator să i se opună cu mijloacele sale.

Această categorie de bolnavi va căuta, de regulă, „remedii magice". Ei preferă „tratamente dure" sau „radicale", pentru a fi convinşi de eficacitatea acestora (injecţii hormonale, vitamine în doze mari, minerale, produse farmacologice noi, produse de firme reputate etc.). Se apelează adesea la intervenţii chirurgicale, cerute chiar de bolnavi. Toate acestea ridică probleme psihologice serioase pe care medicul terapeut are sarcina să le rezolve, iar el trebuie să procedeze cu mult tact, răbdare, înţelegere, să asculte toate acuzele relatate de bolnav, să evite întreruperile, întrebările sau să dea sugestii. Atitudinea de înţelegere coparticipativă este primul pas care construieşte

puntea psihoterapeutică cu bolnavul. Ulterior, el îi va putea oferi pacientului său soluţiile cele mai adecvate.

În cazul stabilirii unui raport de dependenţă a bolnavului faţă de medicul terapeut, acesta din urmă va utiliza dependenţa şi starea de regresiune a pacientului pentru a favoriza proiecţia şi transferul pozitiv al acestuia cu efect cathartic. Medicul de care bolnavul devine dependent va avea imaginea simbolică a figurii paterne care calmează, consolează şi îngrijeşte.

O tehnică de care am vorbit anterior este cea legată de intervenţia sugestiei în psihoterapia acestor cazuri. Se va apela, în afecţiunile psihosomatice, la formele de „sugestie armată" prin utilizarea „medicamentelor placebo": injecţii intradermice cu apă distilată, torpiaje electrice etc. Aceste procedee trebuie însă asociate cu o psihoterapie de persuasiune, care să întărească şi să creeze în câmpul conştiinţei bolnavului convingerea efectului terapeutic pozitiv.

Aşadar, psihoterapia afecţiunilor psihosomatice reprezintă o terapie specială, care vizează concomitent atât funcţiile somatice, cât şi pe cele psihice, ceea ce implică o atitudine deosebită, de o mare mobilitate, adaptată de la caz la caz. Ea trebuie condusă cu răbdare şi serioziate, întrucât, chiar în cazul unor afecţiuni minore sau simptome caricaturale, acestea au o semnificaţie extrem de amplificată în sfera conştiinţei bolnavului, ce, pentru asigurarea succesului terapeutic, va trebui respectată şi dirijată cu multă abilitate, imprimând o notă deosebită de seriozitate şi optimism.

Capitolul 32

Consilierea

Definiţie, domeniu, caracteristici

Metoda consilierii sau a *„sfătuirii"* face parte din acelaşi cadru de tehnici terapeutice ca şi *psihoterapia*, motiv pentru care este studiată împreună cu aceasta. Consilierea are însă caracteristici şi mecanisme psihologice de tratament proprii, care pot fi deduse şi din atributele acestei metode: educativă, vocaţională, suportivă, situaţională, de rezolvare a problemelor, de deşteptare a conştiinţei etc.

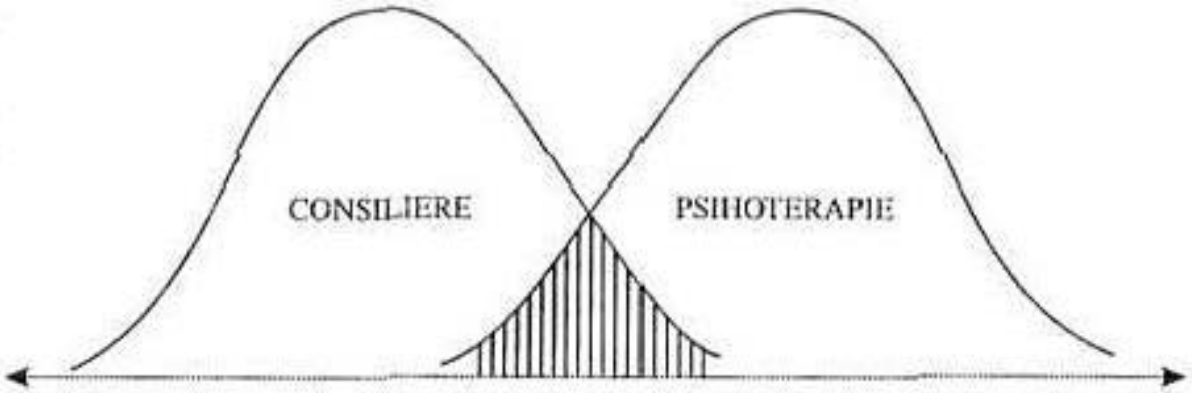
Psihoterapia este considerată ca fiind o metodă de susţinere a bolnavului în plan psihologic, reconstructivă, analitică, focalizată pe problemele acestuia şi care se desfăşoară pe termen lung. *Consilierea* este o metodă educativă, de susţinere a persoanelor aflate în situaţii critice care impun o rezolvare imediată şi rapidă a problemelor ivite, desfăşurându-se pe termen scurt.

Nu se poate stabili, din cele menţionate, o separaţie absolut netă între psihoterapie şi consiliere, ele fiind integrate unui *continuum* raportat la situaţiile de viaţă ale indivizilor. Mai mult, dacă psihoterapia se adresează cu predilecţie cazurilor cu probleme psihologice de natură patologică, consilierea este în primul rând un suport psihologic pentru problemele neobişnuite ale vieţii curente a indivizilor, care declanşează „situaţii-limită", nefiind însă în mod obligatoriu de natură psihopatologică.

Prin urmare, se poate considera că *psihoterapia*, ca metodă, vizează în primul rând dificultăţile de ordin patologic ale individului, pe când *consilierea*, pe cele de natură psihologică sau existenţial-nepatologică, care pot apărea ca „interferenţe" în decursul vieţii acestora. Deşi par a fi bine delimitate ca domeniu, cele două metode se întâlnesc în ceea ce am putea numi „zona de dificultate" existenţială a persoanei, în care se pun probleme de adaptare la situaţiile vieţii de tip relaţional-extern sau dificultăţi de echilibru psihic. Aceste aspecte rezultă din schema ce urmează (vezi pagina 325).

Se consideră că intervenţia consilierii este indicată la persoanele cu dificultăţi de ordin „situaţional" ale vieţii curente, dar care nu ating intensitatea unor forme de manifestare nevrotică, problemele lor neavând un caracter patologic, ci sunt considerate ca fiind doar „victimele unor presiuni din mediul exterior" (P. Blos, H.B. Pepinsky). F.C. Thorne consideră consilierea ca reprezentând o formă de susţinere psihologică, similară psihoterapiei, pentru persoanele normale cu „probleme de viaţă". La rândul său, F.P. Robinson recomandă consilierea persoanelor care doresc să atingă un nivel de viaţă superior, să depăşească anumite „obstacole" sau să-şi construiască „strategii

personale" de viaţă. Acestea din urmă se referă la etapele de maturizare ale personalităţii, dobândirea şi modalitatea de utilizare a propriei independenţe, integrarea personală şi situaţiile vieţii curente, responsabilităţile asumate sau impuse etc.



Zona normalului	Zona de dificultate	Zona patologicului
Tipul de intervenţie		Tipul de intervenţie
Educativ De susţinere a capacităţilor de acţiune Situaţional De rezolvare a problemelor curente Deşteptarea conştiinţei (luarea la cunoştinţă a situaţiilor ivite) Rezolvarea problemelor vieţii normale		De susţinere focalizată Reconstructiv Comunicare empatică De analiză a stărilor psihice Centrarea atenţiei pe problemele conflictuale ale inconştientului Rezolvarea conflictelor nevrotice sau a altor probleme severe de ordin emoţional

Se impune să dăm o definiţie procesului de *consiliere*. În această privinţă, cea mai răspândită definiţie este cea aparţinând lui J.W. Gustad, care afirmă că *acţiunea de consiliere* este un „proces de orientare/învăţare care se desfăşoară în spaţiul realităţii între două persoane, cuplu în care «sfătuitorul» cu competenţă în problemele psihologice îi oferă clientului său metode adecvate nevoilor proprii, în raport cu contextul evenimentelor vieţii, stabilindu-se astfel un program personal în care sunt incluse următoarele: luarea la cunoştinţă despre sine, înţelegerea situaţiilor, evaluarea efectelor acestora, realism şi simţ practic în soluţionarea situaţiilor critice, în vederea restabilirii echilibrului cu realitatea vieţii într-o manieră armonioasă şi care să permită evoluţia pozitivă a subiectului în continuare".

Rezultă din definiţia dată că procesul de consiliere se adresează problemelor de adaptare/integrare ale individului la realităţile vieţii sale, stabilirea unei armonii cu acestea şi rezolvarea situaţiilor critice care pot apărea. Prin aceasta se subliniază însă, încă o dată, caracterul extern al intervenţiei consilierii asupra persoanei. Însă, spre deosebire de consiliere, psihoterapia se defineşte ca o metodă de restaurare a

echilibrului psihic al individului, printr-o acţiune atât asupra Eului conştient, cât şi asupra sferei inconştientului. Scopul de bază al psihoterapiei este de delimitare şi anulare a stărilor conflictuale interne, a simptomelor nevrotice sau situaţiilor complexuale, restabilind în felul acesta echilibrul psihic intern.

Dacă psihoterapia este o metodă bine definită ca principii, scop, tehnici, indicaţii, strategie, consilierea este o sinteză a mai multor influenţe, cum ar fi orientarea şi formarea individului, psihoprofilaxia sau igiena mintală, protecţia socială, studiul dezvoltării individului etc. Din aceste considerente, consilierea îşi găseşte o largă gamă de aplicaţii, cum ar fi:

- indicarea direcţiilor de opţiune şcolară/profesională în raport cu aptitudinile personale;
- încadrarea în activitatea profesională;
- alegerea partenerului de viaţă în vederea căsătoriei;
- evitarea conflictelor sau a situaţiilor critice raportate la posibilităţile personale şi tipul de a reacţiona ale individului în funcţie de acestea;
- modalitatea de rezolvare a anumitor situaţii în viaţă.

Modalităţile de acţiune ale consilierii

Procesul de consiliere are obiective precise şi o strategie organizată în vederea realizării lor. În plus, fiind raportată la *starea de normalitate*, consilierea este teoretic permanent prezentă, ca un auxiliar al persoanei umane, în toate situaţiile de viaţă ale acesteia. Prin trăsătura numită ea se diferenţiază de psihoterapie, care este o metodă de tratament rezervată situaţiilor patologice ale vieţii psihice a individului. Fiind o „metodă proiectivă şi de susţinere" a indivizilor normali, consilierea este direct înrudită cu *igiena mintală*, pe care o completează (*C. Enăchescu*).

Având un caracter de permanentă intervenţie şi fiind la dispoziţia oricărei persoane, *consilierea* este considerată ca o *situaţie de actualizare* a individului, vizând relaţiile sale cu evenimentele realităţii trăite şi evaluându-le anticipativ pe cele viitoare, el fiind astfel prevenit şi pregătit pentru a face faţă cu un maximum de eficienţă la întâlnirea cu acestea.

Procesul de actualizare a individului este unul dintre principalele scopuri urmărite de consiliere. El constă într-o stare de „tensiune a conştiinţei" acestuia, capabilă de a surprinde ceea ce se petrece în afara persoanei pentru a putea evalua corect evenimentele şi a-şi pregăti răspunsurile şi acţiunile cele mai adecvate lor.

Actualizarea este, de fapt, procesul de „înaintare a individului" în propria sa viaţă, evitând dificultăţile şi beneficiind din plin de situaţiile favorabile. Aceasta implică o adaptare a posibilităţilor sale la „presiunile" exterioare ale vieţii, în scopul *evitării producerii conflictelor, a situaţiilor frustrante, eşecurilor sau chiar a stărilor* nevrotice. Evoluţia persoanei în lume este graduală şi se concretizează prin „psihobiografia acesteia" sau „istoria vieţii individuale", pe care, prin intermediul consilierii, individul şi-o poate planifica şi construi singur. Prin aceasta, el poate deveni,

într-o anumită privinţă, „artizanul" propriului său destin. Actualizarea nu reprezintă o constrângere, ci, dimpotrivă, „libertatea individului de a alege" cele mai potrivite soluţii pentru el din cele oferite de viaţă. Însă o dată făcută, alegerea implică asumarea unei responsabilităţi, tenacitate în acţiunile întreprinse, menţinerea ritmului de activitate, urmărirea scopului propus.

Se remarcă faptul că actualizarea este o modalitate de organizare şi control a comportamentului individual. Ea devine, în timp, o formă de „comportament social învăţat", ce se înscrie în cadrul interacţiunilor sociale generale din care individul este parte.

De o importanţă practică deosebită sunt *scopurile actualizării*, urmărite prin intermediul acţiunii de consiliere pentru a fi realizate de individ. L.M. Brammer şi E.L. Shostrom descriu următoarele obiective/caracteristici psihologice pe care urmăreşte să le realizeze procesul de consiliere:

a) *independenţa* subiectului în raport cu evenimentele vieţii, considerată a fi reprezentată prin situaţia de „a-şi fi suficient lui însuşi" sau de a nu depinde fizic sau social de mediul extern;
b) *spontaneitatea* ca modalitate de acţiune şi răspuns la evenimentele vieţii trăite, considerată ca opusă atitudinii defensive din aceleaşi circumstanţe;
c) modalitatea de *„a trăi aici şi acum"* sau de a fi permanent în prezent, în actualitate, fapt care exprimă tendinţa trăirii plenare a fiecărui moment şi eveniment al vieţii, antrenând în acest sens întreaga personalitate;
d) *încrederea* ca stare de suport moral, de „încredere în sine", în propriile posibilităţi, ca garanţie a autorealizării, independent de orice formă de susţinere externă;
e) *cunoaşterea* exactă a realităţii obiective externe, a consecinţelor care decurg din aceasta, precum şi a responsabilităţilor care îi revin individului pus „în cunoştinţă de cauză";
f) *autenticitatea* constă în „a fi tu însuţi", direct, deschis în totalitate, în raport cu realităţile vieţii, dar şi cu ceilalţi indivizi, în orice împrejurare;
g) *responsabilitatea* în raport cu judecăţile, acţiunile întreprinse, dar şi în ceea ce priveşte angajamentele asumate cu lumea externă şi cu celelalte persoane, cu familia proprie, cu sarcinile profesionale etc.;
h) *eficienţa* propriei activităţi, a rezultatelor acesteia, a conduitelor sale, a relaţiilor cu ceilalţi.

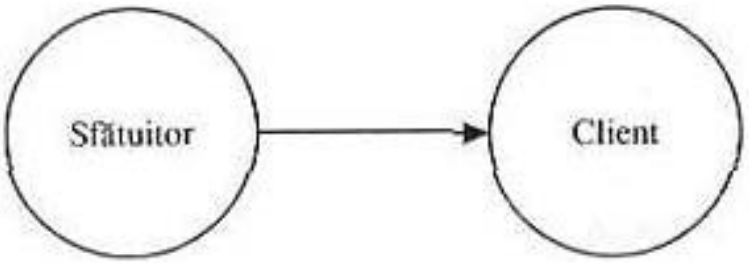
Realizarea acestor scopuri, pe care acţiunea de consiliere le propune individului, constituie garanţia unei stări de sănătate mintală optimă, a unui comportament eficient, a unei integrări pozitive, concordante în realitate. Rezultatele vor fi reprezentate de performanţele înregistrate de indivizii „formaţi şi avizaţi" în ceea ce priveşte „modul de a fi" şi de „a acţiona" în lume şi în relaţiile interpersonale.

Trebuie subliniat faptul că *acţiunea de consiliere* nu reprezintă numai o *ordonare psihologică* a persoanei, ci şi un anumit *model de organizare morală* a individului, fapt esenţial în integrarea pozitivă a acestuia în viaţă.

Relaţia sfătuitor-client

Procesul de consiliere reprezintă un tip particular de relaţie care se stabileşte între *persoana sfătuitorului* şi *persoana clientului* care solicită consilierea. Aceasta se poate pune în raport de comparaţie cu relaţia *terapeut-pacient* din domeniul psihoterapiei.

În cadrul *relaţiei de consiliere* are loc, de fapt, o transmitere a experienţei de viaţă de la „sfătuitor" la „clientul" acestuia, între ei stabilindu-se o punte de comunicare. Aceasta, din punct de vedere psihologic, activează mecanismele sistemului de apărare a Eului clientului, aşa cum se poate vedea din schema de mai jos.



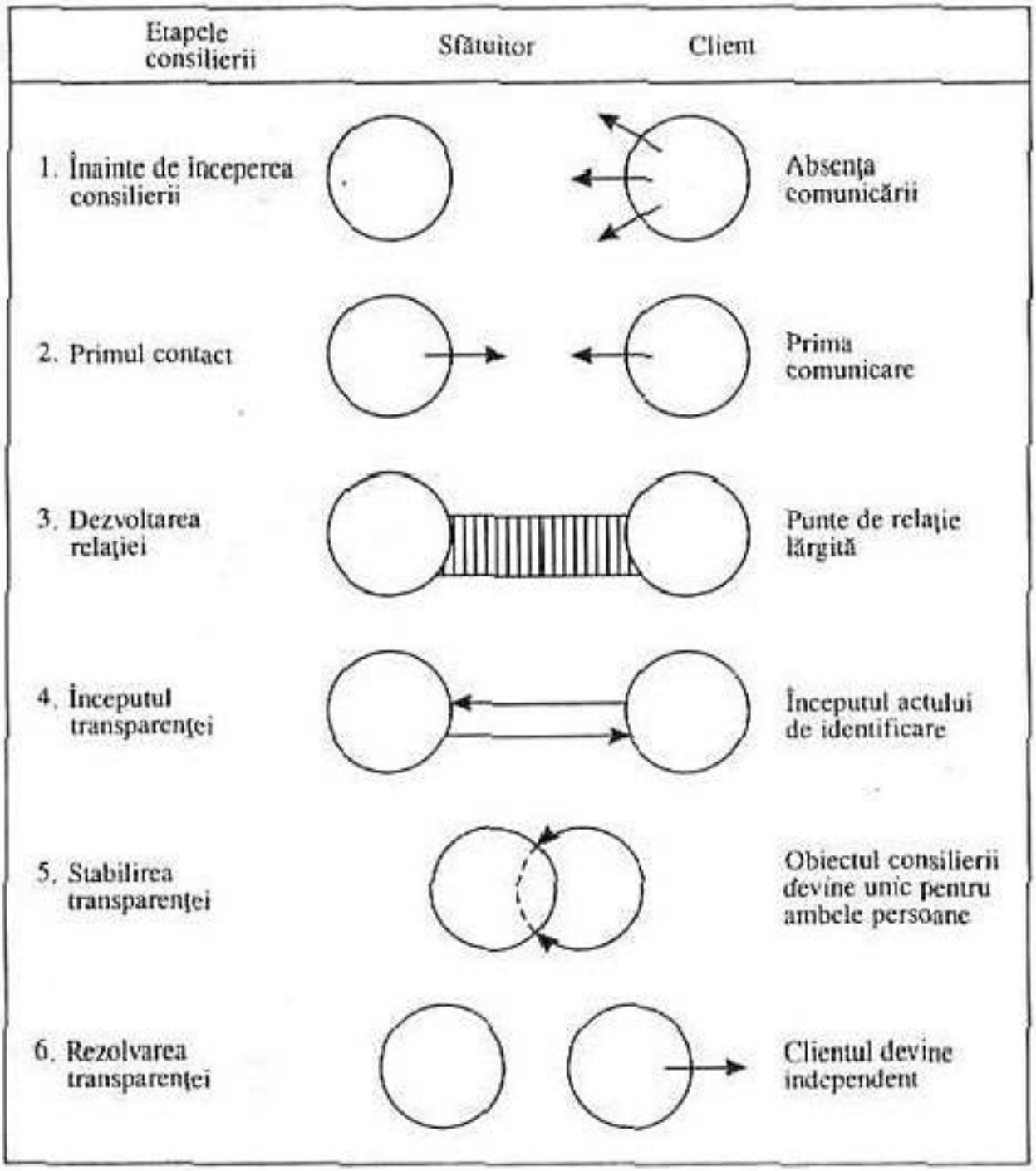
Important de reţinut este faptul că persoana sfătuitorului urmăreşte să stimuleze şi să pună în acţiune *mecanismele de apărare a Eului* clientului său, pregătindu-l în felul acesta în vederea confruntării sale cu evenimente sau situaţii critice de viaţă. Prin intervenţia descrisă se urmăreşte şi stabilirea unui „acord" între Eul conştient şi inconştientul persoanei care este consiliată. Acest proces se desfăşoară în mai multe etape, cum se poate vedea din schema de la pagina 329.

Schema reproduce *etapele procesului de consiliere*, considerat ca un tip special de relaţie sfătuitor-client, în cadrul căruia rolul actualizării „problemelor de viaţă" ale clientului constă, de fapt, în „explicarea" naturii acestor „probleme" sau „transparentizarea" lor de către sfătuitor pentru clientul său. Relaţia are caracterul unui proces de transfer de la sfătuitor către client, care se desfăşoară în mai multe etape, aşa cum se poate vedea din schema respectivă, având ca obiectiv final dezvoltarea capacităţii clientului de a-şi înţelege şi rezolva singur propriile „probleme", dar şi de a-şi construi proiecte personale de viaţă. Aşadar, „procesul de consiliere" se prezintă ca un tip de relaţie interpersonală exterioară de susţinere, încurajare şi explicare atât a situaţiilor critice de viaţă, cât şi a strategiilor care se impun a fi adoptate în aceste circumstanţe.

Relaţia sfătuitor-client nu are însă numai un aspect exterior. Ea pune în acţiune mecanisme complexe, care antrenează într-o manieră dinamică persoana clientului, prin prezenţa şi intervenţia sfătuitorului său. În această privinţă, legătura sfătuitor-client se apropie mult de relaţia psihoterapeutică, prin mecanismele psihologice care sunt puse în acţiune. Se notează în această direcţie două etape principale:

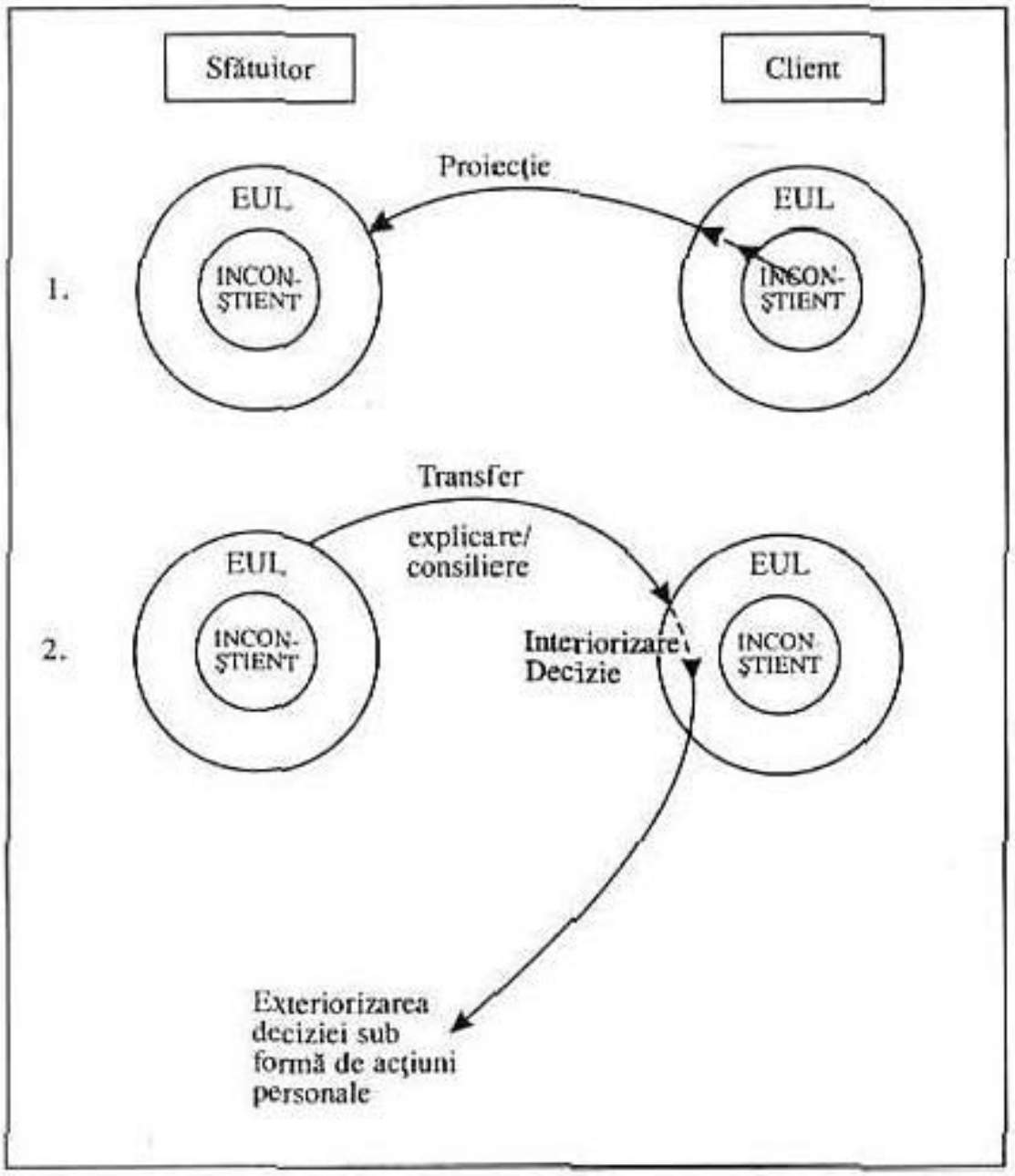
a) În prima etapă se produce un „transfer proiectiv" de la client către sfătuitorul acestuia. Clientul proiectează asupra sfătuitorului „problemele" sale ca „întrebări"

legate de anumite situaţii critice personale cu care este confruntat, iar sfătuitorul preia întrebările clientului pentru a-i oferi acestuia răspunsuri. Este, din punct de vedere psihologic, o „comunicare" între două Euri.



b) În cea de-a doua etapă, sfătuitorul elaborează răspunsul, la nivelul Eului său, pe care-l comunică Eului clientului, printr-un mecanism de transfer cu valoare de explicare/consiliere. Clientul preia explicaţia sfătuitorului, pe care şi-o interiorizează prelucrând-o şi, prin aceasta, ea este recunoscută ca „personală". Pe baza sfatului preluat, Eul clientului va elabora o „decizie" pe care, ulterior, o va re-proiecta în exterior, sub forma unei acţiuni exteriorizate care reprezintă, de

fapt, soluţia situaţiilor critice de viaţă cu care este confruntat. Aceste aspecte pot fi urmărite în schema care urmează.



O interpretare a procesului de consiliere pune în evidenţă câteva etape obligatorii, legate de lanţul întrebare - răspuns – explicare – acceptare – interiorizare – decizie – exteriorizarea acţiunii.

Astfel, L.M. Brammer şi E.L. Shostrom menţionează următoarele cinci etape principale în procesul de consiliere:

1. *Reflecţia* este etapa „întâlnirii" dintre sfătuitor şi client, având ca obiect explicitarea unei anumite „probleme" sau „situaţii critice" a clientului. Atenţia ambilor este circumscrisă de această temă.
2. *Clarificarea* este etapa în care sfătuitorul stimulează conştiinţa clientului său, orientându-l către soluţionarea problemei, a întrebării.

3. *Reflectarea* reprezintă procesul de ghidare a clientului de către sfătuitor în direcţia căutării active a unei soluţii posibile la problemele acestuia, în concordanţă cu nevoile sale şi cu circumstanţele externe.
4. *Confruntarea* este etapa în care soluţia acceptată ca fiind cea mai potrivită circumstanţelor şi mai favorabilă clientului este admisă.
5. *Interpretarea profundă* constă în căutarea „motivelor" şi a „mobilurilor" din inconştientul clientului care au determinat ca circumstanţele vieţii acestuia să aibă caracterul de „situaţii critice" cărora trebuie să le facă faţă. În această privinţă, consilierea se apropie mult de psihoterapie, dar ea este orientată mai cu seamă către instituirea unor măsuri de „protecţie psihologică" a individului, de evitare a unor „situaţii critice" de viaţă, în raport cu posibilităţile sale, dar şi cu conţinutul pulsional al inconştientului acestuia.

Faţă de cele prezentate mai sus, se pun câteva întrebări deosebit de importante legate de consiliere: *Cine poate fi sfătuitor ? Poate fi consilierea utilizată în orice situaţii şi pentru oricine ? Cum este privită consilierea ? Care sunt consecinţele sale ?* Vom căuta să răspundem la aceste întrebări.

Referitor la persoana sfătuitorului, am spus deja că este necesar să posede experienţă în domeniu, cunoştinţe de psihologie şi psihoterapie, să dispună de un tact deosebit în relaţiile interpersonale, să aibă capacitatea de „a intra în interioritatea clientului", de a-l dirija pe interlocutor într-o manieră persuasivă pozitiv-constructivă, să fie permanent alături de client, fără însă a-l domina, evitând dependenţa acestuia, să fie clar, concis, prompt.

În linii generale, se poate afirma că procesul de consiliere este un act aflat mereu la dispoziţia indivizilor. Acesta devine însă nociv dacă intenţiile sfătuitorului sunt negative, putând să se transforme în „acte de manipulare negativă" a clientului, care, dacă este o persoană slabă, sugestionabilă, îşi poate însuşi în mod automat „soluţiile" oferite de sfătuitor, fără să reflecteze asupra naturii acestora şi a consecinţelor lor, ceea ce va duce la adoptarea unor atitudini şi conduite negative atât pentru propria sa persoană, cât şi pentru cei din exterior. Sunt şi persoane „rezistente" la consiliere, care refuză orice intervenţie externă. În acest caz, se impun măsuri de psihoterapie care să rezolve conflictele inconştiente, stările complexuale sau frustrările acestora. Există de asemenea persoane cu un caracter oscilant, dubitativ, dificil de condus şi de convins, care nu pot beneficia de consiliere. Acelaşi lucru se poate spune despre persoanele cu deficienţe intelectuale, bolnavii psihici, în special cei psihotici, toxicomanii, alcoolicii, psihopaţii etc.

Consecinţele actului de consiliere sunt multiple şi importante. Pe primul plan se impune „clarificarea" problemelor de viaţă actuale ale subiectului. Trebuie însă ca acesta să fie orientat în direcţia găsirii soluţiilor legate de viaţa personală în mod independent, evitându-se formarea unei stări de dependenţă faţă de sfătuitor. Apelul repetat la consiliere poate antrena, dincolo de o stare de dependenţă, chiar o regresiune a persoanei clientului, fapt nedorit, care va necesita intervenţia unei psihoterapii. O importantă consecinţă pozitivă a consilierii ca act educativ/psihologic

constă în pregătirea individului pentru viaţă, formarea atitudinilor sale, dezvoltarea capacităţii de evitare a pericolelor, a „situaţiilor-limită" cu caracter critic sau chiar *nociv, de a lua cele mai adecvate decizii în raport cu circumstanţele vieţii. Toate* acestea contribuie în mod direct la formarea unei stări de sănătate mintală optimă, capabilă să confere individului o stare de echilibru psihic, condiţie a evoluţiei acestuia şi a afirmării sale depline.

Capitolul 33

Profesiunea de psihanalist şi psihoterapeut

Cadrul problemei

S-ar părea că, din punct de vedere formal, ca *statut*, nu este greu de definit sau de conturat *profesiunea de psihanalist sau de psihoterapeut*. Ea poate fi definită ca reprezentând *acel tip de activitate destinat cunoaşterii vieţii psihice a unui individ aflat în stare de dificultate şi acţiunea exercitată asupra acestuia în scopul restabilirii echilibrului psihic şi al readaptării sale la situaţia anterioară de normalitate*. Este o perspectivă care rezolvă problema numai din exteriorul ei, întrucât aproximativ acelaşi lucru se poate spune, cu diferenţe de nuanţe, şi în cazul psihiatrului sau al psihologului.

Dincolo de aceste aspecte formal-externe care definesc statutul unei profesiuni, se ridică numeroase alte probleme care se raportează la personalitatea sufletească, dar şi la caracterul moral al celui care se consacră activităţii de psihanaliză sau psihoterapie în general. Pe această direcţie, P. Le Gendre pune un accent deosebit pe dispoziţiile morale care constituie *vocaţia* individului respectiv, considerându-le de o importanţă decisivă. *Este însă suficientă vocaţia ?* se întreabă P. Le Gendre. La aceasta trebuie adăugată şi *aptitudinea*. Numai o reunire armonioasă a calităţilor morale cu cele intelectuale poate conferi un statut adecvat acestor profesiuni atât de specializate şi de deosebite în raport cu altele.

Activitatea directă cu persoana umană, vizând în special accesul la intimitatea sa, la ceea ce individul are personal şi unic în raport cu ceilalţi, implică o mare responsabilitate şi abilitate, şi de aceea nu poate fi profesată de oricine. Puţine sunt profesiunile care se raportează la acest domeniu al interiorităţii umane: preoţii, medicii în general şi psihiatrii în special, psihologii, psihanaliştii şi psihoterapeuţii, educatorii. Dar şi în cadrul acestei palete de profesiuni trebuie să distingem mai multe nuanţe. Ne vom axa, în cele ce urmează, în special asupra profesiunilor de psihanalist şi psihoterapeut.

Psihanaliza este o artă care încearcă să înţeleagă şi să modifice fenomenele iraţionale din interiorul vieţii psihice a unui individ, utilizând metode raţionale şi cunoştinţe fundamentate pozitiv (D. Lagache). Se subliniază prin aceasta, dincolo de aspectele neobişnuite, caracterul riguros ştiinţific al exerciţiului psihanalizei şi psihoterapiei.

Având ca obiect sfera intimităţii umane, profesiunea de psihanalist şi cea de psihoterapeut se orientează în două direcţii particulare: cea de *confident* şi cea de *sfătuitor*.

Prima îl priveşte în special pe *psihanalist*, pe când cea de-a doua pe *psihoterapeut*. Aceste aspecte ridică problema unei diferenţieri nuanţate între cele două direcţii ale aceleiaşi profesiuni.

Este clar faptul că profesiunea de psihanalist şi cea de psihoterapeut au profiluri diferite, implică aptitudini şi o responsabilitate deosebite, precum şi o veritabilă angajare a celor care se dedică acestor profesiuni. Prin urmare, se impune să insistăm un moment asupra alegerii profesiunilor menţionate.

Alegerea profesiunii de psihanalist şi psihoterapeut

Opţiunea pentru aceste profesiuni este importantă pentru subiect şi implică un anumit grad de maturitate de gândire şi de responsabilitate morală. Pentru G. Holton, alegerea profesiunii poate avea fie un caracter spontan, fie unul dirijat din exterior. În cazul opţiunii pentru profesiunile de psihanalist şi psihoterapeut, elementul esenţial rămâne tendinţa de a transcende realitatea obiectuală, de a intra în intimitatea sufletească şi spirituală a fiinţei umane. Am putea considera această tendinţă ca pe o necesitate a unei „întâlniri interumane" prin care se realizează o comunicare de o factură specială, emoţional-afectivă. În interpretarea acestei alegeri profesionale, trebuie să se ţină seama de două aspecte (G. Holton): a) factorul individual, care ţine de structura caracterială a individului; b) factorii social-externi care concură la prezentarea unei „oferte profesionale", respectiv nevoile sociale şi condiţiile care reclamă acest gen de profesiuni.

Studiile de psihanaliză ale oamenilor de ştiinţă au scos în evidenţă, în general, existenţa unor tendinţe latente, cu valoare de veritabile simptome ale unei „nevroze mascate", care stau la baza alegerii acestor profesiuni (L. Kubie, L. Szondi, L. Binswanger, G. Holt, C. Frankel). Rezultatele acestor studii ne conduc către afirmarea existenţei unei organizări paralele între adeziunea şi comportamentul acestui tip de profesionişti şi cele ale persoanelor obsesiv-compulsive (S. Shapiro), vorbindu-se chiar despre un „stil nevrotic" de organizare programată a vieţii profesionale (G. Holt).

Referindu-se la profilul acestor profesionişti, S. Freud remarcă existenţa unor trăsături particulare, recunoscute ulterior şi dezvoltate şi de alţi specialişti (A. Szent-György, G. Holton, G. Santayana, F. Barron). Acestea sunt următoarele: a) atenţia este strict şi riguros axată pe un singur sector de activitate; b) este dezvoltat interesul pentru analiza persoanei umane, ca o formă de „deturnare" a unor preocupări autoanalitice; c) proiectarea problemelor personale asupra altor indivizi şi intenţia inconştientă de a le descoperi şi corecta; d) nevoia de ordine, disciplină, securitate, structurare a timpului, considerate ca factori ai restabilirii şi menţinerii echilibrului sufletesc; e) obişnuinţa de a-şi controla şi reprima propriile reacţii emoţional-afective în raport cu cercetarea şi rezultatele acţiunii sale; f) lichidarea propriilor „probleme psihologice" (complexe, traume emoţional-afective, conflicte, simptome nevrotice) prin descoperirea acestora la „alte persoane" şi „tratarea lor".

Aceste aspecte denotă existența în sfera inconștientului personal al celor care optează pentru profesiunile de psihanalist și psihoterapeut a unor „pulsiuni" directoare, în sensul „vectorilor szondieni", care stau la baza alegerii profesionale ca formă de realizare sublimată a propriului lor destin psihologic. Respectivele trăsături rezultă și din concluziile autobiografice ale categoriei de profesioniști numite, la care remarcăm următoarele particularități ale istoriei personale:

a) curiozitate orientată către problemele sufletești, fenomenele psihologice etc.;
b) dorința de a înțelege, explica și manipula procesele psihice;
c) o pasiune deosebit de dezvoltată pentru investigarea acestui domeniu, căruia i se consacră energia și timpul propriu;
d) neglijarea propriilor interese, printre care se notează și căsătoria la o vârstă mai înaintată în raport cu cea obișnuită;
e) tendința de consacrare profesională, dedicarea vieții problemelor de studiu și științifice;
f) identificarea cu profesiunea aleasă, dorința de a cunoaște și de a înainta în cunoaștere, de a descoperi și de a se remarca prin propriul Eu, fapt care adesea conduce la izolare.

Este important de subliniat faptul că alegerea acestor profesiuni, prin natura ei, implică în mod firesc o anumită structură psihologică, capacități intelectuale și emoțional-afective speciale, tact, capacitate de a comunica, dragoste față de semeni și devoțiune. Dincolo însă de aceste „trăsături nobile", există adesea anumite „motive" profunde care scapă observației, ele ieșind foarte târziu la suprafață, de multe ori accidental. Este vorba de pulsiuni refulate, frustrări din perioada copilăriei, carențe emoționale, traume psihice. Toate aceste „experiențe eșuate în viață" ale individului se pot converti în „aspirații compensatorii" care să-l vectorializeze către alegerea unor profesiuni în care acesta își va realiza în mod sublimativ compensarea propriei „nevroze mascate"; veritabilă compensare a propriului destin.

Pentru oricine alege profesiunile de psihanalist și psihoterapeut, statutul oferit de acestea reprezintă o poziție de prestigiu, privilegiată în raport cu aceea a altor persoane. Apare și se dezvoltă sentimentul narcisic al „dependenței celorlalți de tine" prin plasarea propriului Eu în centrul unei acțiuni, în care acesta va deveni etalonul de referință. Aspectele respective sunt deja bine stabilite de teoria psihologică a lui L. Szondi.

Discutând toate aceste particularități, nu trebuie conchis că alegerea profesiunilor de psihanalist și psihoterapeut reprezintă o formă de compensare a unor situații nevrotice legate de traumatisme emoționale din trecut. Este unul dintre posibilele motive de opțiune profesională, dar această categorie de viitori profesioniști nu vor putea rezista. Ei vor eșua în fața problemelor cu care se confruntă pacienții sau își vor reactualiza propriile lor simptome nevrotice, devenind în final incapabili de a mai practica.

Adevărata opțiune profesională se bazează pe aptitudini, vocație, alegere deliberată, care să compare posibilitățile cu sarcinile care apar și, nu în ultimul rând, „modelul unui maestru" (cu valoare simbolică) la care va face referință persoana

care se va consacra acestei profesiuni. Am putea considera acest din urmă caz, al relaţiei maestru-discipol, ca pe o formă particulară de „identificare profesională", prin traversarea unei situaţii oedipiene în sens psihanalitic. De fapt, etapa de pregătire profesională cuprinde *in nuce* şi traversarea unei situaţii oedipiene, pe care elevul trebuie s-o depăşească prin atingerea momentului de identificare cu maestrul său. Acest moment implică „eliberarea" ca act de consacrare profesională prin care *elevul* preia statutul şi rolul maestrului său.

Totuşi, atributul în cauză nu este rezervat exclusiv profesiunilor de psihanalist şi psihoterapeut, ci el este o etapă psihologică obligatorie pentru oricare situaţie de *educare/formare profesională* a unei persoane într-un anumit domeniu de activitate. Această trăsătură apare în mod pregnant în evidenţă nu numai în cazul psihanaliştilor şi al psihoterapeuţilor, ci şi în cazul oamenilor de ştiinţă cu profil de cercetător ştiinţific, al persoanelor dedicate profesiunilor educativ-instructive (educatori, învăţători, profesori, pedagogi etc.).

Caracteristici şi tipuri

Un psihanalist este în primul rând un cercetător al inconştientului. El are ca obiect interpretarea conţinutului inconştientului subiectului său, în scopul obţinerii unor răspunsuri la problemele pe care pacientul le ridică şi cărora el este dator să le răspundă.

Cl. Lévi-Strauss face o interesantă analogie între „funcţiile" terapeutice ale psihanalistului şi cele ale şamanului, plasând în felul acesta psihanaliza şi psihoterapia în planul practicilor culturale. În ambele situaţii profesionale se exercită o influenţă asupra sufletului subiectului, dar mijloacele prin care se acţionează sunt diferite. Psihanaliza şi psihoterapia exclud orice practici magice sau intervenţii oculte, afirmă D. Lagache, ele situându-se pe poziţii strict ştiinţifice. Psihanaliza şi psihoterapia nu „improvizează scenarii", ca în cazul practicilor şamanice, ci interpretează „problemele" pacientului, integrate în contextul psihobiografiei acestuia, după anumite reguli stricte. Acest fapt reclamă o serioasă pregătire profesională şi o îndelungată experienţă practică. Orice formă de diletantism sau autodidactism în aceste domenii sunt sortite eşecului.

Practicarea acestor profesiuni implică, pe lângă calităţile morale şi intelectuale mai sus amintite ale psihanaliştilor şi psihoterapeuţilor, şi o solidă formaţie psihiatrico-medicală şi psihologică, o cultură generală nuanţată şi întinsă, capacitatea de a iubi, înţelege şi cunoaşte oamenii, dorinţa de a-i ajuta, de a fi alături de aceştia, tact, bunăvoinţă. Formaţia profesională evidenţiată este indispensabilă, dar ea are semnificaţia unui „instrument" cu care se acţionează. De o importanţă excepţională este însă *persoana* psihanalistului sau a psihoterapeutului.

Activitatea profesională a psihanalistului psihoterapeut se desfăşoară în cadrul unei relaţii interumane speciale, de *intimitate*. Aceasta implică o *întâlnire* între două persoane: *psihanalistul terapeut* şi *pacientul*. În cadrul întâlnirii, fiecare dintre *cei doi* acţionează asupra celuilalt prin *Eul* său. Este o relaţie de punere „faţă în faţă" sau

de „prezentificare" a două Euri. În această întâlnire, *Eul pacientului* este cel care *„cere"*, iar *Eul terapeutului* este cel care *„oferă"*. Modul de a cere, propriu bolnavului, poate fi dirijat de terapeut. Însă modul de a oferi al terapeutului psihanalist este esențial, întrucât de acesta depinde întregul proces terapeutic, restaurarea personalității bolnavului. Acesta „întreabă", în timp ce terapeutul „răspunde", iar răspunsurile terapeutului au valoare de „medicament psihologic". Din acest motiv, Eul terapeutului, care elaborează „răspunsurile-soluții" la problemele bolnavului, este factorul esențial în procesul de vindecare.

Referitor la cele de mai sus, menținerea relației terapeut-pacient depinde de modul în care se stabilește comunicarea dintre ei, tactul cu care aceasta este condusă și întreținută, interesul pe care terapeutul îl trezește subiectului său, capacitatea de manipulare a subiectului, în sens pozitiv, încât acesta „să se poată vedea pe sine însuși" prin intermediul psihanalistului psihoterapeut.

Pentru a putea dispune de toate aceste „abilități profesionale" se consideră obligatoriu, în pregătirea profesională a viitorilor psihanaliști și psihoterapeuți, ca toți candidații să fie supuși, la rândul lor, unei cure psihanalitice. Aceasta va avea rolul de a le rezolva eventualele „probleme psihologice", dar și de a-i ajuta să se cunoască pe sine. Această „pregătire psihologică" dezvoltă capacitatea de comunicare, maturizează caracterul și capacitatea de observație și judecare, constituind garanții ale unei viitoare reușite profesionale.

Psihanalistul psihoterapeut trebuie să fie o persoană cu o mare capacitate de autocontrol. Sigură pe sine, echilibrată, calmă, capabilă de a face față oricăror situații, ea trebuie la rândul său să transmită aceste calități interlocutorului, să construiască în cadrul relației terapeut-pacient o atmosferă psihologică favorabilă deschiderii și încrederii.

Practica psihanalizei și a psihoterapiei impune o atitudine de „neutralitate directoare" din partea terapeutului față de clientul său, pentru a-i crea acestuia sentimentul autorealizării, condiție a restaurării echilibrului psihic.

D. Lagache subliniază faptul că profesiunea de analist impune anumite exigențe și în modul de viață personală al terapeutului, în afara exercitării propriu-zise a activității sale profesionale. Se impune o atitudine rezervată, demnă, controlul expresiilor personale și al răspunsurilor la situațiile circumstanțiale cotidiene și o moralitate ireproșabilă, precum și alternarea activității cu perioade de repaus și vacanțe. În plus, trebuie acceptate anumite „renunțări", care constau în faptul că profesiunea cu pricina nu poate oferi nici o sursă sigură de venituri materiale, nici o anumită siguranță de viață, ci în primul rând satisfacții de ordin psihologic și moral, pe care, printr-un proces de coparticipare, terapeutul analist le dobândește și le trăiește alături de succesele clienților săi. În mod egal, prin aceeași coparticipare, psihanalistul va trăi și eșecurile clienților pe care-i are în grija sa.

Referindu-se la *tipurile de psihoterapeuți*, majoritatea autorilor sunt de acord în a recunoaște existența a două categorii: *„psihoterapeuți buni"* și *„psihoterapeuți răi"* (A. Berge).

Calitatea de a fi un „bun psihoterapeut" sau contrariul acestuia, un „rău psihoterapeut", este legată de *atitudinea gratificantă* sau *binevoitoare*, ce se opune unei

atitudini frustrante sau *represive*. Ele caracterizează cele două tipuri de psihoterapeuţi. Frustrarea declanşează potenţialul agresiv inhibat, pe când bunăvoinţa reprezintă o atitudine de înţelegere, aprobare şi protecţie a clientului de către psihoterapeut. După G. Favez, frustrarea deculpabilizează agresivitatea, pe când atitudinea de bunăvoinţă deculpabilizează erosul pacientului. Originalitatea atitudinii psihanalitice constă în „depăşirea opoziţiei dintre ură şi iubire, dintre agresivitate şi pasivitate, dintre frustrare şi bunăvoinţă" (G. Favez). Aşa cum se pune problema pentru „educatorul bun" de „a fi sever sau indulgent", în mod egal pentru „terapeutul bun" se discută dacă trebuie „să fie binevoitor sau frustrant".

Pentru A. Berge, la baza oricărei psihoterapii trebuie să stea o atitudine de bunăvoinţă fundamentală faţă de bolnav. Însuşi faptul că psihoterapeutul se ocupă de pacient îi creează o stare de siguranţă, de încredere acestuia, asigurând comunicarea şi cooperarea cu terapeutul ca garanţie a vindecării. Tehnica „frustrării pacientului" nu va fi aplicată decât numai în cazul în care există deja o relaţie bine stabilită de bunăvoinţă între pacient şi terapeut şi ea va avea caracterul de a atrage atenţia bolnavului asupra anumitor pericole potenţiale etc.

Cele două atitudini, de *bunăvoinţă* sau de *frustrare*, sunt organic integrate în sfera relaţiei terapeut-pacient, întrucât ele corespund sistemului transfer-contratransfer, reflectând prin aceasta comunicarea biunivocă între cele două persoane din cadrul relaţiei terapeutice.

Relaţia terapeutică depinde în primul rând de capacităţile psihoterapeutului analist de a dirija cura şi ea se caracterizează, după Slawson, prin următoarele moduri de relaţie: dominaţie, supunere, pasivitate, simbioză, relaţie anaclitică, ajutor, transfer, egalitate, unilateralitate, bilateralitate, multilateralitate. Totul exprimă în acest caz diferite grade de dependenţă, ajutor şi interdependenţă, afirmă A. Berge.

Trebuie notat, de asemenea, faptul că în cursul practicii psihoterapiei actul terapeutic poate fi centrat fie pe persoana psihoterapeutului, care va ocupa în acest caz un loc preponderent, fie pe persoana pacientului, în situaţia în care psihoterapeutul joacă un rol de catalizator (A. Berge).

Terapeutul este liber să modifice tehnica şi natura relaţiei sale cu bolnavul în funcţie de evoluţia tratamentului şi de ingerinţele acestuia, păstrând însă permanent controlul asupra situaţiei. El trebuie să fie coparticipativ la suferinţa bolnavului, dar, în mod egal, să adopte o atitudine raţională, şi nu una de tip emoţional. Trebuie să înţeleagă *trecutul* şi *prezentul* bolnavului, căutând să acţioneze în vederea influenţării acestora într-o direcţie pozitivă pentru vindecare. Terapeutul bun trebuie să „dozeze bunăvoinţa" acordată pacientului său, pentru a nu crea situaţii de dependenţă, regresiune sau altele cu efect negativ, care ar putea compromite rezultatele psihoterapiei.

În practica psihanalizei şi a psihoterapiei, este necesar ca terapeutul analist să opereze o *„separare"* a *problemelor sale* personale de *cele ale bolnavului* său. Nu sunt permise comparaţii sau coparticipări emoţionale, care ar putea „amesteca problemele", compromiţând actul terapeutic şi rezultatele acestuia. Din acest motiv, terapeutul trebuie să aibă mult *simţ critic faţă de bolnav*, precum şi *în raport cu sine însuşi*. Cele două planuri, *planul personal* şi *planul bolnavului*, nu trebuie niciodată „amestecate" şi nici măcar „comparate".

În exercitarea profesiunii de psihanalist sau de psihoterapeut, specialistul trebuie să se „scindeze" într-un personaj care participă la afectele pacientului şi unul care le observă din exterior. În mod egal, terapeutul trebuie să aibă un dublu rol: de teoretician care elaborează ipoteze şi de practician care, dimpotrivă, nu se va lăsa niciodată sedus de aceste ipoteze. Această situaţie va obliga psihoterapeutul ca în practica sa curentă să adopte o „poziţie centrală" de strictă neutralitate, dar care totuşi să aibă un caracter director mascat.

Rolurile profesionale

Am analizat mai sus *statutul* profesional al psihanalistului şi al psihoterapeutului. Vom căuta în continuare să vedem în ce constau *rolurile* acestora în profesiunea pe care o exercită. Răspunsul la problema „rolului profesional" ne este oferit de înseşi caracteristicile profesiunii de psihoterapeut şi, după Snyder, constă într-o „conversaţie faţă în faţă, în care o persoană ce a primit o formaţie psihologică încearcă printr-un act de comunicare să ajute o altă persoană sau un grup de persoane să-şi modifice atitudinile emoţionale, socialmente inadaptabile, printr-un proces de reorganizare a personalităţii acestora".

Rolurile profesionale ale psihoterapeutului derivă prin urmare din sarcinile care-i revin în practica profesională legată de vindecarea bolnavilor. Acest fapt este atât de important, încât se poate afirma că orice bun terapeut, cu adevărat „abil" în domeniul artei sale profesionale, trebuie să-şi „adapteze tehnica" la tipul de personalitate şi nevoile bolnavului pe care-l are în grijă. Din aceste considerente, rolurile psihoterapeutului sunt de o mare mobilitate. Se poate afirma că *statutul* profesional este bine precizat, *rolurile* însă sunt mobile.

În *psihiatrie*, când se pune problema *rolului profesional al medicului*, H. Tellenbach notează nuanţarea acestuia, legată de nevoia de a se adapta situaţiilor impuse de afecţiunea psihică şi de tipul de bolnavi cu care vine în contact. H. Tellenbach a numit această atitudine mobilă *„cameleonism"*. Trebuie să admitem faptul că, şi în cazul rolurilor jucate de psihoterapeut în cursul activităţii sale profesionale, în relaţia cu pacientul, acesta adoptă permanent o *„atitudine cameleonică"* în raport direct cu situaţiile care se ivesc pe parcursul curei.

Atitudinea cameleonică este reprezentată de supleţea adaptării terapeutului la situaţii, dar este în acelaşi timp şi o formă de „a conduce" pacientul către situaţia dorită de restaurare a echilibrului psihic. *Cameleonismul* apropie pacientul de terapeut, fiind o „deschidere" care suprimă bariere. El este o stare de *înţelegere simpatetică*, fiind mai mult decât atitudinea de bunăvoinţă; de aceea, captează pacientul, făcând posibilă „intrarea" mai uşoară a acestuia în relaţia terapeutică.

Comunicarea dintre terapeut şi bolnav este practic deschisă de acest mimetism al psihoterapeutului, de mobilitatea sa cameleonică. Nu trebuie să vedem în aceasta numai aspectul formal, ci şi sensul profund al gestului. Prin cameleonism, rolul terapeutului se va acorda cu problemele de moment ale inconştientului bolnavului

respectiv, în sensul că, prin experienţa şi cu ajutorul artei sale, terapeutul „opune inconştientului bolnavului" o primă soluţie, o atitudine în care se regăseşte bolnavul însuşi, iar acest lucru este esenţial.

Atitudinea cameleonică trebuie însă nuanţată şi modificată pe parcursul curei. Primul moment al înţelegerii şi încurajării va fi înlocuit cu atitudinea de analiză critică la care bolnavul este invitat să participe, iar ulterior, va fi îndemnat să rezolve independent aceste probleme în scopul „separării" sale de ele. Prin urmare, cameleonismul nu este un rol permanent, ci o etapă.

Etapa următoare constă în schimbarea rolului psihoterapeutului. *Cameleonismul* va fi înlocuit de *luciditatea critică*. Spiritul realist, „privirea în faţă", directă a situaţiei sunt necesare pentru înţelegerea şi corectarea acesteia. Noul rol al psihoterapeutului va consta în *a explica* clar bolnavului situaţia lui, problemelor sale nevrotice, oferindu-i totodată soluţiile necesare.

Identitatea psihoterapeutului

Discuţiile referitoare la *statutul* şi *rolul* psihoterapeutului pun în evidenţă câteva aspecte particulare. Ele configurează un *tip de profesionist* angajat într-o activitate deosebită, caracterizată printr-o relaţie interumană care are ca scop accesul la interioritatea unei persoane cu probleme sufleteşti sau chiar stări psihopatologice. Aceste particularităţi i-au făcut pe mulţi specialişti în domeniu să delimiteze *identitatea psihoterapeutului* (P. Sivadon, D. Widlöcher, P. Gerin, J.P. Vignat, J. Lacan). Faptul nu este lipsit de semnificaţie, întrucât s-a constatat că la fiecare psihoterapeut există un puternic sentiment de identitate care derivă din exerciţiul profesiunii sale. Acesta are în primul rând o conotaţie morală, legată de relaţia interumană pe care o implică, dar este dublat şi de responsabilitatea care îi revine terapeutului faţă de clientul său.

Sentimentul de identitate al psihoterapeutului ca *persoană de relaţie interioară* cu pacientul său se dezvoltă treptat şi este întreţinut de exerciţiul profesional. El nu se dobândeşte prin studiu sau în cursul perioadei de formare profesională, ci numai după începerea exerciţiului profesional propriu-zis.

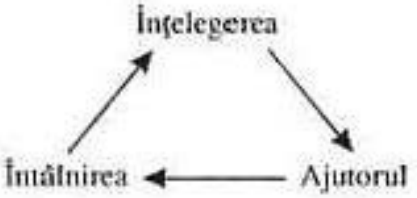
Psihoterapeutul este considerat ca atare, în exterior, prin statutul său profesional şi rolul pe care-l joacă; identitatea sa ca psihoterapeut este însă un atribut interior persoanei sale, care o face să se distingă de alţi specialişti, chiar psihologi sau medici psihiatri (P. Greencare, P. Gerin şi J.P.Vignat).

În ceea ce priveşte „identitatea psihoterapeutului", se subliniază orientarea acestuia în raport cu „tipul de şcoală căreia îi aparţine", dar şi cu „forma de psihoterapie exercitată", fapt subliniat de P. Sivadon.

În general, se poate susţine că *identitatea psihoterapeutului* transpare şi din *„felul de a fi"* sau *„modul de a se prezenta"* ale acestuia în relaţiile cu celelalte persoane. Această particularitate ne duce din nou cu gândul la aptitudinile şi vocaţia de terapeut, dimensiuni indispensabile profesiunii.

Identitatea psihoterapeutului se afirmă în relaţia sa cu pacientul. Această legătură implică un „schimb emoţional", ce dezvoltă o comunicare coparticipativă. În această situaţie, nu se poate spune că psihoterapeutul este neutru. El se controlează, dar, înregistrând, participă. Fără participare emoţională, terapeutul ar fi ineficient. Astfel, el n-ar putea înţelege problemele pacientului său şi nici n-ar putea să-l simtă pentru a răspunde la nevoile acestuia.

Majoritatea specialiştilor sunt de acord în a recunoaşte faptul că identitatea terapeutului este rezultatul relaţiei sale cu pacientul. În sensul acesta, se consideră că această identitate este efectul motivaţiilor profesionale ale terapeutului, rezultate din atitudinea sa faţă de pacient. Se consideră că există trei *factori motivaţionali* care intervin în relaţia psihoterapeut-pacient, şi anume: *întâlnirea*, *înţelegerea* şi *ajutorul*. De regulă, aceşti factori acţionează succesiv, ei implicându-se reciproc şi constituind în final *atmosfera terapeutică* de lucru, care este împărţită între terapeut şi pacientul său, aşa cum se poate vedea din schema de mai jos:



J. Lacan, care a insistat asupra acestui subiect, găseşte o anumită semnificaţie fiecăreia dintre factorii amintiţi. *Ajutorul* reprezintă sentimentul altruist şi dezinteresat al terapeutului, cu caracter de acţiune filantropică, idealistă sau chiar reformatoare, având o semnificaţie psihopedagogică în care nu intră nici un fel de interese care să decurgă din aceasta. *Ajutorul* este momentul final, scopul oricărei psihoterapii, iar celelalte două etape au rolul de a-l pregăti pe acesta. *Întâlnirea* inaugurează comunicarea, stabileşte primele contacte, deschide perspectiva restaurării. *Înţelegerea* este – spre deosebire de întâlnire, care are un caracter formal-extern – un act de interiorizare, de apropiere sufletească, emoţional-afectivă, creând încredere, deschidere, confesiunea pacientului, o atitudine receptivă de bunăvoinţă şi încurajare din partea terapeutului, securizarea bolnavului şi perspectiva unei soluţii salvatoare.

În cadrul atmosferei acestei relaţii este însă esenţial faptul că se construieşte, prin cooperarea terapeutului cu pacientul său, modelul *fiinţei valorizate* (J. Lacan). Acesta este rezultatul efortului profesional, al tehnicii psihoterapeutice, dar şi al „artei terapeutului" de a-i oferi pacientului său un *model normal de persoană*, cu care acesta să se identifice, încât să se desprindă de *„ceea ce era"* pentru *„a deveni altul"*.

Este de la sine înţeles faptul că acest proces de „transformare" psihologică a bolnavului, prin efectul psihoterapiei, nu se poate realiza dacă psihoterapeutul nu-i opune personalităţii acestuia identitatea propriei sale personalităţi. Este un proces de *oglindire psihologică* a pacientului în persoana terapeutului său. Numai atunci când pacientul se *„vede"* în terapeut, se poate *„schimba"*. În aceasta constă forţa profesională a psihoterapeutului, iar ea este în raport direct cu nivelul de identificare interioară al terapeutului.

Sunt însă semnalate şi situaţii nedorite, cu efect negativ în relaţia terapeut-pacient, care sunt determinate de ceea ce unii autori au numit „criza sentimentului de identitate a psihoterapeutului" (J. Furtos, D. Widlöcher, P. Gerin şi J.P. Vignat). Criza este legată de incapacitatea terapeutului de „a rezolva" cazul clientului său. Ea se raportează la o motivaţie greşită în cadrul relaţiei terapeutice. În aceste situaţii, psihoterapeutul nu mai poate „încorpora" problemele pacientului său, iar relaţia cu acesta stagnează sau este complet compromisă.

Nerealizarea capacităţii de relaţionare a terapeutului cu bolnavul alterează „atmosfera de lucru" şi determină o anumită nesiguranţă pentru terapeut. Acesta se simte „străin" de cazul pe care-l are în faţă, „înstrăinare" ce este expresia „crizei de identitate" a terapeutului. Psihoterapeutul se va simţi învins, depăşit de situaţie, incapabil să rezolve problemele bolnavului său. Aceasta constituie o „autodevalorizare" care poate avea consecinţe negative.

Este însă în mod egal posibil ca şi această criză de identitate a terapeutului să vină din partea bolnavului, care nu va simţi o atitudine protectoare, securizantă din partea terapeutului, capabilă de a-l determina „să se deschidă", să stabilească cu acesta o punte de „comunicare şi încredere". Relaţia stagnează, în final deteriorându-se.

Criza de identitate a terapeutului traduce o schimbare a regimului psihologic interior al acestuia, cu consecinţe imediate asupra relaţiei terapeutice cu cazul în speţă, dar ea se poate prelungi în timp, dezvoltându-se o anumită „imagine de sine negativă" cu consecinţe nocive de durată. În acest caz, se impune fie o suspendare a activităţii, fie o „autoanaliză" sau chiar o „terapie" a terapeutului.

După cum se poate vedea din cele de mai sus, *statutul* profesiunii de psihanalist şi psihoterapeut implică o anumită autoritate, prestigiu profesional, respect şi recunoaştere. În ceea ce priveşte *rolurile* acestor persoane învestite cu atributele menţionate, ele nu mai au un aspect de „prezentare formală", ci un caracter „dinamic", de activare a personalităţii bolnavului prin intermediul propriei lor personalităţi. Rolurile pun în acţiune atât Eurile, cât şi inconştienturile celor două persoane care constituie cuplul terapeutic : psihoterapeut şi pacient. Relaţia dintre aceştia capătă semnificaţia unui schimb dirijat, a unui transfer, iar rolurile se vor adapta în scopul realizării procesului de vindecare.

Profesiunea de psihanalist şi de psihoterapeut nu are un caracter rigid. Ea implică efortul unei permanente adaptări creative la situaţii dintre cele mai diferite, descoperirea permanentă de noi posibilităţi, menţinerea unui ritm şi a unui stil de lucru capabile să stimuleze pacientul. Aceste aspecte solicită, dincolo de stricta pregătire şi experienţă profesională, o anumită fineţe intelectuală, un caracter nuanţat, talent şi cultură generală deosebite, conferind profesiunii dimensiunea unei adevărate *arte de vindecare a sufletului*.

Secţiunea a III-a

ANTROPOLOGIA PSIHANALITICĂ

Cea de-a treia parte a tratatului are un caracter particular, de sinteză şi totodată de comentariu al concluziilor teoretice şi practice ale psihanalizei.
Propunându-şi ca sarcină explicarea omului, dar, concomitent, şi restaurarea acestuia, înţelegerea naturii umane, a determinismului şi sensurilor lui ultime, a destinului uman, atât în stare normală, cât şi în cea de boală psihică, psihanaliza îşi revendică virtuţile unei veritabile antropologii, impunându-se prin aceasta, dincolo de aspectele sale medico-psiho-terapeutice, ca disciplină fundamentală în sfera ştiinţelor umane. Astăzi nu se mai poate concepe un studiu complet, mai ales cu pretenţii didactice, de psihanaliză care să nu cuprindă şi dimensiunea sa antropologică.
Mergând pe o asemenea linie de organizare a lucrării prezente, această secţiune a tratatului va cuprinde analiza câtorva aspecte fundamentale care constituie antropologia psihanalitică, şi anume : natura umană şi sensul destinului ; raportul dintre conflict/inadaptare, pe de o parte, şi angoasă/culpabilitate, pe de altă parte. În continuare, sunt analizate sadismul şi masochismul, închiderea narcisică, supraevaluarea şi frustrarea, secţiunea încheindu-se cu o concluzie asupra „omului ca ideal".

Cadrul general

Plecând de la cunoaşterea medicală a omului, cu intenţia declarată de a se constitui ca o metodă de tratament al tulburărilor psihice, psihanaliza a depăşit considerabil cadrele propuse iniţial, devenind, dincolo de o disciplină medicală, un sistem de gândire şi o disciplină independentă, înscrisă în sfera ştiinţelor umane. Ca tehnică medicală aplicată de psihoterapie, psihanaliza rămâne cert în sfera medicinei; însă, ca teorie generală despre om şi aspectele umanului, ea se integrează în categoria ştiinţelor umane, restabilind în felul acesta puntea ce lega odinioară medicina de umanisme şi care părea abandonată, dacă nu chiar pierdută.

Interpretând umanul şi semnificaţia acestuia, răspunzând la întrebări legate de natura fiinţei umane, sensul vieţii acesteia, relaţiile sale, destinul şi creaţiile spirituale ale omului, psihanaliza se constituie ca o veritabilă antropologie, având o configuraţie specifică. Orice concluzie a psihanalizei, dincolo de aspectele factuale la care face referinţă, se înscrie în registrul larg al fiinţei.

Deşi, iniţial, obiectul psihanalizei l-au reprezentat bolile psihice, maniera de a interpreta fenomenele psihologice, normale sau patologice, a deschis o nouă perspectivă, o viziune inovatoare despre om. Aceasta a fost ulterior extinsă la alte domenii: cultură, artă, societate, şcoală, familie, morală, religie, politică.

Răsturnarea doctrinară a psihanalizei a constat în mutarea centrului de greutate în sfera inconştientului, sursa elementelor fundamentale, primare ale vieţii sufleteşti, materia pulsională care concentrează „energia vitală" a individului. Acest inepuizabil rezervor constituie cheia înţelegerii fiinţei umane. Iată concluzia primară a psihanalizei. Dar, dincolo de inconştientul pulsional, al doilea rol revine Supra-Eului moral. Dacă inconştientul îi este dat fiinţei umane o dată cu formarea sa biologică, Supra-Eul se constituie din jocul de forţe represiv-modelatoare care acţionează asupra individului. El este instanţa de control şi cenzură prin care valorile morale, religioase, social-juridice modelează actele şi conduitele umane.

Fiinţa umană, ca prezenţă în lume, apare sub forma persoanei, imagine a Eului actual şi conştient, acea „parte" a fiinţei care este sediul realităţii vizibile şi prin care individul ia cunoştinţă cu lumea. Acest Eu personal este „scena" pe care se desfăşoară viaţa individului şi, în final, destinul său. Prin aceasta, Eul personal devine, dincolo de aspectele sale strict psihologice, medico-psihiatrice, sociale etc., obiectul antropologiei psihanalitice. Se poate astfel afirma că orice antropologie psihanalitică este, de fapt, un studiu extins şi aprofundat totodată al Eului personal al individului, adică o antropologie egologică.

Considerând, prin urmare, că obiectul antropologiei psihanalitice îl reprezintă „viaţa Eului", vom căuta să dezvoltăm aceste aspecte legate de „Eul personal" în cele ce urmează. Antropologia psihanalitică reprezintă numai o schiţă sintetică a problemelor fundamentale pe care le pune Eul, raportate în primul rând la natura acestuia, sensul vieţii şi destinul uman, precum şi la factorii care determină în mod firesc sau accidental acest mers. Vom analiza deci principalele probleme ale antropologiei psihanalitice.

Temele antropologiei psihanalitice

Concepţia psihanalitică despre om reprezintă un sector de cunoştinţe net individualizat în cadrul antropologiei generale. Imaginea omului şi semnificaţia acestuia au un caracter specific rezultat din teoriile despre *inconştient* şi dinamica pulsiunilor sale. În virtutea acestei teze, *omul în psihanaliză* este rezultatul dinamicii propriilor sale pulsiuni abisale, atât din punctul de vedere al realizărilor şi succeselor, cât şi din cel al eşecurilor şi nevrozelor sale. Această concepţie care face din inconştient „centrul de greutate" al persoanei umane, dincolo de manifestările sale obiective (reacţii, conduite, acţiuni, lapsusuri, vise etc.), ridică probleme deosebit de importante şi specifice legate de *semnificaţia umanului* persoanei. Răspunsurile la aceste întrebări ne sunt date de *antropologia psihanalitică*.

Vom analiza în continuare principalele teme ale antropologiei psihanalitice, şi anume: *natura umană şi seasul destinului*; *conflict şi inadaptare – omul nevrozat*; *angoasă şi culpabilitate*; *sadism şi masochism*; *închiderea narcisică*; *supraevaluare şi frustrare*; *acordul interuman*; *semnificaţia antropologică a psihoterapiei*; *omul ca ideal*; *psihanaliza ca* Weltanschauung.

1. *Natura umană şi sensul destinului*

Explicaţia psihanalitică a naturii umane se bazează pe înţelegerea jocului pulsiunilor, al satisfacerii acestora sau al refulărilor. În psihanaliză, omul este studiat ca *fiinţă*, fapt care diferă de modul de a-l eticheta ca *subiect* în psihologie.

Eul personal este zona fiinţei în care se descarcă pulsiunile inconştientului şi care, concomitent, asimilează factorii realului, ai lumii externe. Prin urmare, Eul este centrul de sinteză vitală al fiinţei umane. Acesta oscilează permanent între propriile pulsiuni care pretind să fie satisfăcute şi presiunile pe care lumea externă le exercită asupra individului. Din reunirea, combinarea acestor două grupe de forţe, Eul îşi construieşte propria sa existenţă, viaţa individuală.

Eul resimte adesea dureros aceste influenţe, întrucât ele nu sunt întotdeauna conforme dorinţelor sale. Dincolo de mecanismele de apărare psihologică care-i sunt proprii, Eul construieşte un „univers paralel" cu cel al lumii reale, un univers imaginar cu care sau prin care „intră în lume". Acesta este reprezentat prin miturile individuale ale persoanei. Ele completează şi explică sensul vieţii, stabilind în felul

acesta un acord între realitate şi tendinţele sau aspiraţiile fiinţei umane. Funcţia miturilor persoanei este de a o ajuta să se integreze în realitate, de a evita traumatismele sau de a compensa frustrările.

Literatura de specialitate s-a ocupat cu precădere de miturile colective (din care derivă credinţele religioase), atât din punct de vedere etnoantropologic, cât şi psihanalitic (M. Eliade, G. Durand, C.G. Jung, L. Lévy-Bruhl). În ceea ce priveşte miturile individuale ale persoanei, acestea practic nu au fost luate în consideraţie. Noi credem că ele au o importanţă majoră şi exercită o funcţie importantă în viaţa individuală, contribuind la formarea fiinţei umane şi la integrarea ei în realitate. Din acest motiv, considerăm că ele reprezintă o temă esenţială în sfera antropologiei psihanalitice.

Miturile individuale sunt universale şi ele însoţesc ca o „umbră" imaginea reală a vieţii individului. Orice persoană are nevoie, în decursul vieţii sale, de mituri explicative pentru a se putea înţelege pe sine şi raporturile sale cu lumea, pentru a-şi înţelege propria viaţă, cauzele şi sensul acesteia. Acest fapt este atât de important, încât putem afirma că intrarea în viaţa reală a individului se face prin intermediul miturilor.

Miturile individuale ale persoanei sunt specifice fiecărei etape de viaţă a acesteia, fiecărei vârste şi îşi schimbă configuraţia, tematica, semnificaţia, descresc în număr, se circumscriu sau se restrâng pe măsură ce individul trece de la o vârstă cronologică la alta. Din această perspectivă, putem distinge patru mari grupe de mituri individuale, specifice etapelor principale ale vieţii: miturile copilăriei, miturile adolescenţei, miturile adultului, miturile bătrâneţii. Ne vom opri asupra lor în continuare.

1. *Miturile copilăriei* sunt extrem de abundente şi ele ocupă o sferă importantă din viaţa copilului. Aceste mituri sunt legate de curiozitatea şi interogaţiile copilului în raport cu lumea, familia sa, fenomenele vieţii, relaţiile cu celelalte persoane etc. Ele au o mare încărcătură emoţional-afectivă şi ocupă în primul rând sfera imaginarului infantil, extrem de productivă. Din acest motiv, am preferat să le numim *mituri explicative*.

În cadrul *miturilor explicative ale copilăriei*, universale ca semnificaţie, indiferent de forma fabulativă pe care o îmbracă, distingem câteva teme principale, şi anume:

a) *Mitul originii şi al naşterii*, legat de întrebările copiilor cu privire la apariţia lor pe lume. Eternul răspuns al adulţilor trimite la tema „berzei şi a coşului sobei".
b) *Mitul integrităţii corporale* are un caracter preventiv, legat de „apelul la autoritate" pentru corectarea conduitelor copiilor, şi dezvoltă „teama de castrare".
c) *Mitul separării de părinţi*, de propria familie, are tot un caracter corectiv-punitiv, cu o mare încărcătură emoţională, şi priveşte pierderea securităţii copilului prin expulzarea acestuia din grupul familial. Este ameninţarea cu „bau-bau", „Baba Cloanţa" etc.
d) *Mitul recompensei* are un caracter opus, complementar din punct de vedere emoţional-afectiv, stimulând conduite pozitive. Este recompensa pentru „buna purtare" pe care copiii cuminţi o primesc, într-un ritual anterior pregătit, din partea lui Moş Crăciun sau a lui Moş Nicolae.

Se poate vedea din cele de mai sus că miturile copilăriei au un rol covârşitor în formarea persoanei, dar şi în normarea vieţii individuale a copiilor. Ele au, în primul rând, un caracter explicativ în raport cu persoana şi viaţa individuală, dar acţionează puternic în mod concomitent în planul emoţional-afectiv, controlând fie conduitele prin „apelul la pericol", fie prin „recompensa bunei purtări".

Miturile copilăriei ocupă universul imaginar al acestei vârste şi, din punct de vedere psihanalitic, reprezintă forma sublimată prin care copiii îşi descarcă pulsiunile primare, dar şi modalitatea psihopedagogică prin care părinţii „introduc" copiii în planul existenţei reale. Din acest motiv, demitizarea copilăriei, mai precis „desprinderea" de miturile copilăriei o dată cu adolescenţa este resimţită dureros de către copii, ca o pierdere, dar şi ca o eliberare a lor de sub tutela adulţilor. Este momentul „crizei oedipiene" şi al trecerii la adolescenţă.

2. *Miturile adolescenţei* survin în cea de-a doua etapă a vieţii. Dacă miturile copilăriei sunt oferite copiilor de către părinţii lor şi au în primul rând un caracter explicativ şi emoţional, miturile adolescenţei se construiesc în şi de către grupurile de adolescenţi, în afara părinţilor, a familiei şi chiar a societăţii, ca o formă de protest sau de refuz faţă de „constrângerile" acestora, ca o modalitate de eliberare individuală, de afirmare a propriului Eu, a propriei identităţi.

Adolescenţa îşi construieşte propriile sale mituri fie prin imitaţia unor modele exemplare sau considerate exemplare pentru generaţia respectivă, fie în cadrul unor grupuri constituite prin raportare la provenienţa socială, gusturi, interese, atitudini, aptitudini etc. Extrem de sensibilă la frustrare, adolescenţa compensează prin mituri dificultăţile tinerilor de „intrare în viaţă", de „pregătire pentru viaţă", de „ocupare a unui loc în societate".

Prin urmare, miturile adolescenţei sunt „mituri de eliberare" şi „mituri de afirmare", care au ca scop găsirea propriei identităţi, a sensului vieţii, integrarea tinerilor în societate prin competiţie. Astfel, miturile adolescenţei sunt anticipative, vizând proiecţia în viitor a persoanei. În cadrul lor, le menţionăm pe următoarele:

a) *Mitul aventurii* are un caracter de expansivitate, dorinţa sublimată a marilor întreprinderi, acţiuni de anvergură, căutări şi descoperiri. Din punct de vedere psihanalitic, exprimă negarea rigorilor, a conformismului, opoziţia faţă de norme, depăşirea acestora.
b) *Mitul eroului* este legat de precedentul. Adolescenţii îşi caută eroi, modele exemplare cu care doresc să se identifice, pe care le imită. Fiecare generaţie are eroii săi, personaje de referinţă simbolică care încarnează tipologic aspiraţiile adolescenţilor, gusturile lor. Aceste „tipuri" sunt, de regulă, expresia modelor şi sunt specifice fiecărei generaţii, traducând în felul acesta nivelul de aspiraţii, gusturile, orientarea pulsiunilor.
c) *Mitul eliberării* este derivat din situaţia oedipiană. El exprimă expansiunea şi totodată hipertrofierea Eului prin nevoia de „desprindere" sau de eliberare a adolescenţilor de sub constrângerile familiale, sociale, pe care le resimt ca pe o

piedică în calea propriei lor realizări. Elibetarea, ca expansiune şi realizare de sine, se produce prin aderarea la grupuri care cultivă acelaşi sistem de valori, de gusturi, de conduite şi atitudini sociale. Semnificative în sensul acesta sunt grupurile de *hippies*, sataniştii, rocker-ii, fanii diverselor genuri de muzică modernă etc.

d) *Mitul afirmării* este legat de agresivitatea latentă a Eului, exacerbată printr-o dezvoltare accelerată în cursul adolescenţei. Dorinţa de afirmare, de a se remarca, de a ieşi în evidenţă cu orice preţ are la bază dezvoltarea expansivă a propriului Eu. Este perioada „vedetismului", când, identificându-se cu un anumit model circulant, adolescentul caută să-l depăşească.

Miturile adolescenţei se încheie o dată cu intrarea tinerilor în circuitul vieţii sociale şi profesionale, dar, în special, o dată cu întemeierea propriei familii. Perpetuarea acestor mituri şi incapacitatea adolescenţilor de a-şi întemeia o familie proprie sunt dovada „transformării" miturilor în complexe. Consecinţa acestei situaţii este imaturizarea afectivă a individului, precum şi neputinţa sa de a se desprinde de lumea imaginarului adolescenţei. El va sublima compensator aceste complexe sau eşecuri prin scrieri filosofice, literare, prin creaţii artistice etc.

3. *Miturile adultului* sunt specifice vârstei adulte, de stabilizare a vieţii şi personalităţii individului, în care Eul este complet constituit, iar individul are o anumită stare de echilibru şi egalitate psihică internă şi comportamentală. Cu toate acestea, nici vârsta adultă nu este lipsită de mituri, deşi elementul realist predomină în raport cu ficţiunile compensatoare ale imaginarului. Miturile vârstei adulte sunt mai reduse ca intensitate, sunt strict legate de actualitate, vizează viaţa curentă, cotidiană, acţiunile imediate şi realizarea acestora. Ele au un caracter mai puţin precis, mai puţin zgomotos decât miturile copilăriei şi adolescenţei, fiind destul de estompate. În cadrul miturilor adultului, distingem următoarele teme:

a) *Mitul autorităţii* este legat de poziţia socială, de statutul socio-profesional al individului. Este mitul „poziţiei sociale", al „scaunului", al „şefului". Din punct de vedere psihanalitic, acest mit are la bază pulsiunile Supra-Eului la care fac referinţă F. Nietzsche şi A. Adler, şi anume „voinţa de putere". Este forma simbolic-sublimativă prin care se afirmă Eul persoanei adulte, nevoia de a fi remarcat, ascultat, urmat, de a-i supune pe ceilalţi propriei sale voinţe, de a conduce, de a „dicta" altora în conformitate cu propriile tendinţe. Psihanalitic, se poate recunoaşte în acest mit complexul de superioritate, care poate ajunge la forme de manifestare tiranic-megalomaniacă a individului. În fapt, sunt compensate eşecuri anterioare, frustrări sau defecte de educaţie ţinând de o supraevaluare a propriului Eu.

b) *Mitul afirmării* este legat direct de precedentul şi, în unele privinţe, poate fi considerat ca o variantă a acestuia. Primul care s-a ocupat de acest aspect, pe nedrept neglijat astăzi, este É. Faguet, el remarcând dezechilibrul dintre incompetenţă şi refuzul responsabilităţii. Faptul traduce psihanalitic o slăbire a forţei Eului, care

este compensată simbolic printr-o afirmare şi o poziţie sociale nefireşti în raport cu capacităţile persoanei. Este, de fapt, compensarea propriei incapacităţi prin impostură: ocuparea unei poziţii sociale nemeritate.

c) *Mitul competiţiei* este legat de manifestarea concurenţei în viaţa socială şi exprimă tendinţele Eului către progres, afirmare, realizare. El se dezvoltă în cadrul relaţiilor interpersonale şi, din punct de vedere psihanalitic, are la bază nevoia de obţinere a confirmării, a aprobării externe, sociale, iar pe plan intern, satisfacerea propriilor tendinţe de combinare, dar şi de factură libidinală, în conformitate cu principiul plăcerii.

În concluzie, miturile adultului completează şi compensează într-o formulă sublimativ-simbolică „nevoile" propriului Eu. Ele se integrează direct „imaginii de sine", care, în cazul acesta, este „modul de a fi" sau „modul de a se înfăţişa" ale Eului personal în lume.

Vârsta adultă este o perioadă a prezentului trăit, a realităţii directe. Din acest motiv, miturile adultului apar ca răspuns la unele nevoi acute, imediate, permanent prezente în viaţa individului. Ele însoţesc „în paralel" existenţa adultului şi o completează. Spre deosebire de miturile copilăriei (care au un caracter fabulativ), de cele ale adolescenţei (care au un caracter expansiv, revoltat), miturile adultului au un caracter dramatic, ele exprimând lupta Eului personal cu prezentul.

Aceste mituri contribuie din plin la integrarea şi menţinerea socio-familială şi profesională a adultului şi de aceea ele vor dispărea o dată cu ieşirea sa din circuitul socio-profesional. Acest moment este resimţit dramatic, ca o pierdere, ca o înfrângere generând un sentiment de inutilitate. Este momentul demitizării vieţii adulte, însoţit de sentimentul „deşertăciunii" eforturilor depuse o viaţă întreagă de către individ. În plus, înlocuirea adulţilor de către generaţiile de tineri care vin din urmă este percepută ca o frustrare socială şi morală gravă, ca o eliminare a acestora din viaţa publică, ca o negare a întregii lor existenţe.

4. *Miturile bătrâneţii* sunt specifice vârstei a treia, după retragerea adulţilor din viaţa socio-profesională. Dacă miturile vârstei adulte au caracter de combativitate dramatică, miturile bătrâneţii au aspectul unei resemnări, al unei „împăcări senine cu soarta". Uneori, ele chiar exprimă mulţumirea şi speranţa pe care le oferă perspectiva transcendenţei prin contemplarea propriului trecut. Miturile bătrâneţii se alimentează din retrăirea trecutului şi din speranţa eschatologică consolatoare a imperisabilului. În cadrul miturilor bătrâneţii, menţionăm următoarele teme:

a) *Mitul împlinirii* este legat de sentimentul realizării de sine, al mulţumirii date de datoria împlinită. Acesta se alimentează din evaluarea trecutului prin comparaţie cu valorile modificate ale prezentului. Sunt şterse sau chiar „uitate" eşecurile anterioare, situaţiile conflictuale, considerându-se întotdeauna că „înainte era mai bine ca acum".

b) *Mitul trecerii* este legat de perspectiva morţii. Inevitabilul nu poate fi ocolit, iar angoasa morţii este compensată simbolic de perspectiva eschatologică a „trecerii".

Este speranţa unei deschideri către transcendenţă şi refuzul perisabilităţii. Acest mit exprimă psihanalitic „împăcarea cu soarta" a individului, triumful asupra tragismului existenţei prin deschiderea perspectivei eschatologice.

Miturile bătrâneţii sunt o concluzie care decurge din contemplarea de către individ a propriului său trecut, a experienţei sale de viaţă, acesta „întorcându-se către sine însuşi" cu un efect consolator.

Este clar faptul că *miturile individuale ale persoanei* sunt, de fapt, „umbra" sentimentului vital profund al individului, forma prin care pulsiunile vitale sunt exprimate într-o manieră simbolică de către individ. Cursul vieţii individuale nu este construit numai din evenimente, situaţii, cauze, accidente, ci şi din miturile personale.

Contribuind direct la construirea *vieţii individuale*, a propriului *destin*, miturile persoanei sunt necesare, întrucât ele constituie elementul „însoţitor" al vieţii în planul imaginar al Eului, completând factorii pe care Eul îi asimilează din lumea reală. Absenţa miturilor din viaţa individului are consecinţe negative, care constau în imaturizarea afectivă a persoanei sau în lipsa unei identităţi precis determinate a Eului personal. Pe de altă parte, persistenţa acestor mituri sau nelichidarea lor prin trecerea de la o vârstă la alta vor duce la situaţii de dependenţă, eşecuri, inadaptare sau chiar, în unele situaţii mai grave, la suicid, la conduite de refugiu de tipul alcoolismului, toxicomaniilor, la structurarea modelelor de existenţă de natură nevrotică.

Pe baza analizei miturilor individuale ale persoanei, se poate stabili o suită de configuraţii care caracterizează specific etapele vieţii, şi anume:

a) *etapa fabulativă*, corespunzătoare copilăriei, este legată de pulsiunile inconştientului;
b) *etapa expansivă* a adolescenţei este legată de situaţia oedipiană şi de manifestarea primelor aspiraţii ale unui Supra-Eu în plină afirmare;
c) *etapa dramatică* a vârstei adulte, legată de autoritate, de voinţa de putere şi afirmare, de a conduce şi a-şi impune propria voinţă prin competiţie şi succes;
d) *etapa de consolare*, de împăcare cu soarta şi acceptare a sfârşitului este specifică bătrâneţii, ca o concluzie a existenţei.

Din cele de mai sus rezultă că, din punct de vedere psihanalitic, destinul individului se construieşte pe tot parcursul existenţei sale, el fiind – în final – concluzia vieţii acestuia. Diferenţele de „destin" sunt legate de natura şi forţa Eului individual, dar şi de capacitatea de control a Supra-Eului ale cărui valori morale îşi exercită acţiunea asupra Eului.

2. *Conflict şi inadaptare. Omul nevrozat*

Psihiatria consideră nevroza ca o boală psihică legată de factori psihotraumatizanţi de natură emoţională externă, care duce la dificultăţi de adaptare a individului, dar fără a-i altera conştiinţa şi personalitatea. Din punct de vedere psihanalitic, nevroza capătă o interpretare diferită. Considerată ca tulburare psihică, ea este concomitent

privită ca un impas existenţial, ca o situaţie conflictuală eşuată sau nerezolvată. Mai mult, nevroza este văzută ca o modalitate de rezolvare anormală a unor conflicte, prin interiorizarea acestora de către individ. Conflictele nevrotice au la baza lor pulsiuni refulate, care se transformă în focare intrapsihice de tensiune stagnantă în sfera inconştientului. Ele sunt generatoare de stări complexuale sau de simptome nevrotice.

Punând problema în felul acesta, rezultă că nevroza este mai mult decât o stare exclusivă de „boală psihică". Ea este o dimensiune a umanului, o situaţie de viaţă personală, un „conflict sufletesc trăit" de un individ şi care, prin încorporarea sa, devine o formă particulară a naturii fiinţei umane (S. Freud, K. Horney, P. Daco, R. Laforgue şi R. Allendy). Din cauza acestor aspecte, nevroza constituie nu numai un subiect predilect al psihanalizei, ci, concomitent, şi un vast câmp de investigaţii şi speculaţii asupra naturii fiinţei umane, devenind în felul acesta una din temele fundamentale ale antropologiei psihanalitice (P. Daco, W. Stekel, S. Nacht, A. Haynal).

Personalitatea nevrotică constituie o temă centrală, care nu poate fi ocolită de antropologia psihanalitică. Ea trebuie net diferenţiată de cadrele clinico-psihiatrice stricte ale nevrozei, considerată ca afecţiune psihică, după cum în egală măsură nu trebuie apropiată nici de grupa psihopatiilor constituţionale. Ea este şi rămâne o dimensiune a umanului, unică în felul ei, raportându-se la evenimentele trăite de persoană, la stările conflictuale, frustrările şi carenţele emoţional-afective pe care, interiorizându-le, individul le va adopta ca pe o formă specifică a naturii sale. Prin aceasta credem că am precizat diferenţa dintre *nevroza-boală* şi *omul nevrozat* ca fiinţă particulară şi mod de existenţă.

În sfera antropologiei psihanalitice, nevroza nu mai este considerată ca o boală psihică, ci ca un mod particular de a fi al persoanei umane. C.G. Jung apreciază că nevroza nu este un domeniu al patologicului stabilit de medicină, ci ea are semnificaţia unei dimensiuni a „fiinţei bolnave". Medicina este interesată de nevroza-boală, pe când antropologia, de omul nevrotic. La acesta din urmă, C.G. Jung raportează evenimentele trăite, psihobiografia sa în care sunt înscrise situaţii psihotraumatizante, ce au impus o anumită direcţie de viaţă, un anumit destin individual.

Dincolo de aspectele clinico-psihiatrice cu valoare simptomatologică, se descriu o serie de trăsături psihomorale specifice omului nevrozat, care transpar în spatele codificărilor clinice ale simptomelor, şi anume: forţa, slăbiciunea, vanitatea, orgoliul, neliniştea anxioasă, lenea, dezinteresul, insecuritatea, inadaptarea etc. Se remarcă faptul că simptomele clinico-psihiatrice sunt „dublate" de trăsături morale şi sufleteşti specifice, care constituie caracterul omului nevrozat, dar nu ca persoană bolnavă, ci ca fiinţă umană.

Din punct de vedere psihanalitic, etichetarea (diagnosticarea) unui individ drept „persoană nevrotică" are, dincolo de aspectul medical, o semnificaţie morală, întrucât judecându-i pe alţii ca persoane nevrotice, cel care face această constatare, în mod inconştient, face o raportare la sine însuşi, luându-se ca „model". În felul acesta, din punctul de vedere al antropologiei psihanalitice, diagnosticarea unei persoane este un act de separare a acesteia în raport cu ceilalţi şi cu lumea.

Dacă se postulează că nevroza este o boală, se ridică în mod legitim întrebările: ce fel de boală? şi: care este cauza ei? Este ştiut faptul că orice boală este o „reacţie" a organismului unei persoane la „ceva anume". Despre ce este vorba în cazul nevrozei?

Din punct de vedere antropologic, nevroza este o tentativă de adaptare la realitate, dar una eşuată, susţine P. Daco. Ea este rezultatul unor experienţe sufleteşti traumatizante reprezentate prin refulări şi dezvoltări complexuale, pe care le trăieşte individul şi care devin cu timpul „natura" lui. Considerând în felul acesta problema nevrozelor, ele depăşesc cadrele clinico-nosologice ale psihiatriei, înscriindu-se în psihobiografia individului ca experienţe de viaţă (L. Binswanger, V.E. von Gebsattel).

Din punct de vedere al psihanalizei, nevroza este o „boală a umanului", una care va influenţa evoluţia ulterioară a persoanei nevroticului imprimându-i acesteia o neliniştе permanentă (P. Daco). Eul personal al nevroticului îşi modifică atât aspectul, cât şi felul său de a fi în raport cu lumea, în primul rând prin pierderea libertăţii şi a liniştii interioare, a autonomiei şi a capacităţii fiinţei de a se mai integra în realitate, de a se mai putea simţi sigură şi stăpână pe sine.

Omul nevrozat „vede", „simte" şi „acţionează" în mod diferit. Din cauza sentimentului de izolare şi de inferioritate, se simte apăsat de eşec, este lipsit de siguranţă, vede obstacole şi pericole de netrecut, este incapabil să se mai angajeze în situaţii noi. Nevroza devine în felul acesta un adevărat mod de viaţă, în care vedem eşecul interiorizat al fiinţei umane, ce o domină şi îi determină direcţia destinului său.

3. *Angoasă şi culpabilitate*

Arătam mai sus care sunt semnificaţia şi valoarea mişcărilor individuale ale persoanei în formarea şi în dinamica vieţii acesteia. În egală măsură, se poate observa, în cazul omului nevrozat, că mişcările sunt „blocate" sau „înlocuite" de stări complexuale diferite, legate de evenimentele psihotraumatizante ale vieţii, determinând noi „modele de existenţă". Aceste aspecte, care depăşesc cadrele strict medicale ale clinicii psihiatrice, dobândesc o nouă semnificaţie în sfera antropologiei psihanalitice. Omul se descoperă ca *fiinţă patică*, dar acest mod de a fi al suferinţei umane depăşeşte cadrele „patologicului", ale bolii, fiind de fapt o dimensiune antropologică.

Se pune în acest caz întrebarea legitimă: care este limita dintre normal şi patologic?, în plan medico-psihologic, iar în plan moral: care este limita dintre bine şi rău? La această din urmă întrebare, Seneca răspunde: „Binele şi răul nu au sedii distincte în noi. Ele nu sunt altceva decât firea noastră înclinată către bine sau către rău".

În sensul acesta, din punct de vedere antropologic, fiinţa umană este orientată bipolar, oscilând între „echilibru" şi „dezechilibru" sau aflându-se în permanenţă în căutarea unei anumite „stări" în raport cu situaţiile cu care se confruntă, ceea ce, din punct de vedere moral, ar corespunde cu „fericirea" sau „suferinţa". Aceste aspecte sunt relevate de antropologia psihanalitică, una dintre situaţii fiind reprezentată de cuplul *angoasă* şi *culpabilitate*.

Angoasa şi culpabilitatea constituie de mult teme ale unei antropologii filosofice. Ele sunt regăsite la S. Kierkegaard, care face o deosebit de subtilă analiză a lor raportată la existenţă. Ulterior, tot în plan filosofic, K. Jaspers va trata problema culpabilităţii şi angoasei în raport cu „situaţiile-limită" ale vieţii individului. S. Freud le acordă un loc deosebit de important în sfera psihanalizei, legându-le de situaţiile conflictuale şi stările sau „trăirile nevrotice" ale persoanei.

În sfera antropologiei psihanalitice, angoasa şi culpabilitatea dobândesc, ca şi nevroza, o semnificaţie umană mult mai largă decât în domeniul clinicii psihiatrice. Cele două sentimente vitale sunt inseparabile, ele fiind intim legate.

Culpabilitatea şi angoasa ne însoţesc. Dincolo de aspectele strict raportate la clinica psihiatrică, în plan antropo-cultural, aceste două sentimente vitale, fundamentale configurează modelul tragic al existenţei. Orice vinovăţie este o „abatere" de la o regulă care, din punct de vedere psihanalitic, are la baza sa o interdicţie. Violarea unei interdicţii este cauza culpabilităţii, iar vinovatul trebuie să răspundă pentru actele sale. Aceasta va atrage, în mod implicit, angoasa. Tragicul este o „situaţie-limită"; el „închide" individul, răpindu-i libertatea interioară (angoasa) şi supunându-l interdicţiei şi răspunderii în ceea ce priveşte libertatea exterioară (culpabilitatea). Orice vinovat va trebui să plătească, răspunderea reprezentând, din punctul de vedere simbolic al psihanalizei, anularea vinovăţiei.

Culpabilitatea are ca element corespondent pedeapsa. Semnificaţia psihanalitică a pedepsei este expierea. Ea „curăţă" individul (vinovatul) de „impuritatea" actului prin care a violat o interdicţie stabilită (tabu). Prin aceasta, pedeapsa se dovedeşte a fi într-un raport de complementaritate cu vinovăţia. Ea are valoare cathartică. Se poate afirma prin urmare că, din punct de vedere psihanalitic, pedeapsa este o formă de psihoterapie reparatorie a actului de vinovăţie, restabilind starea de echilibru moral a persoanei.

În ceea ce priveşte angoasa, aceasta trebuie considerată ca o stare conexă culpabilităţii. Angoasa este un sentiment vital profund al individului. Ea este, în plan antropologic, rezultatul unui raport de autoreflectare a Eului în propria sa conştiinţă. Descoperirea de către sine însuşi a propriei culpabilităţi declanşează un sentiment de nelinişte, angoasa. Ea este, pe de o parte, frica de actul comis, iar pe de altă parte, neliniştea pe care i-o dă individului consecinţele actelor comise de către el. Astfel, angoasa nu numai că însoţeşte culpabilitatea, ci şi „expune" individul, marcându-l ca vinovat. Angoasa nu este anulată decât prin catharsisul expiator.

Vinovăţia nepedepsită duce la „încărcarea" inconştientului individului, care, transformându-se în focar de tensiune intrapsihică, va genera fie complexe (de culpabilitate), fie simptome clinice (nevrotice). În primul caz, pedeapsa, în cel de-al doilea, psihoterapia reprezintă formele de anulare ale acestui focar de tensiune intrapsihică, redând liniştea sufletească.

Am subliniat aspectul tragic al existenţei în raport cu dubletul culpabilitate-angoasă, deosebindu-l de stările complexuale de culpabilitate. Această separare este necesară, întrucât, în plan antropologic, tragicul persoanei şi al existenţei acesteia

depăşeşte cadrul complexelor. Tragicul este în primul rând un model de existenţă, dar şi un fel de a fi al persoanei marcate de vinovăţie, de care aceasta devine conştientă şi pentru care trebuie să răspundă.

Aprofundând, se poate afirma că tragedia antică este o vastă panoramă a modelelor particulare de existenţă în care centrală este „vinovăţia tragică". Ea este atribuită unui personaj, de regulă un „erou exemplar", care va „plăti" pentru vinovăţia sa. Dar „plata" nu este numai o acţiune simplă şi formală, ea are o profundă semnificaţie simbolică în sens psihanalitic: este terapeutică, întrucât acţionează cathartic şi astfel îl absolvă pe vinovat.

Teatrul antic tragic aducea în interiorul cetăţii marile probleme umane ale existenţei. Spectacolul tragic rememora temele tensionale ale existenţei, după un scenariu „terapeutic", constituind prin aceasta un vast sistem de psihoterapie colectivă, veritabil „ritual expiator psihanalitic" al cetăţii. Prin aceasta, tragedia antică îşi dovedea virtuţile morale.

Dincolo de a fi o simplă „situaţie-limită", tragicul reprezintă culpabilitatea şi angoasa ca teme existenţiale proiectate şi anulate prin mijloace terapeutice. Ele reproduc situaţii umane cotidiene şi astfel exercită un rol de cenzură morală în Cetate. Spectacolul tragic, din punct de vedere psihanalitic, nu este numai un vast şi complex scenariu de psihoterapie colectivă, ci este, prin acţiunea sa de cenzură morală interioară, şi modelul unui Supra-Eu la care se vor raporta toţi cetăţenii.

4. *Sadism şi masochism*

Dacă în clinica psihiatrică sadismul şi masochismul au semnificaţia unor devianţe de factură psihopatic-sexuală, unei pervertiri instinctuale, iar în sfera psihanalitică sunt expresia unor pulsiuni primare raportate la modul de satisfacere libidinală, în sfera antropologiei psihanalitice ele sunt raportate la pulsiunea agresivă.

Problema sadismului şi a masochismului devine, în sfera antropologiei psihanalitice, „tema agresivităţii umane". În orice act de agresivitate se remarcă existenţa unei „relaţii conflictuale", bazate pe un comportament violent. Este vorba de o relaţie între agresor şi victimă.

Agresivitatea este o potenţialitate a persoanei. Ea se exteriorizează printr-un comportament violent, combativ, de atac. Este o manifestare pulsională primară, prin care agresivitatea inconştientului este proiectată în exterior. Formele conduitelor violente sunt numeroase, dar ele se polarizează între cele două „roluri antitetice": sadismul agresor şi masochismul victimizat. În realitate, ambele forme corespund unor tendinţe libidinale profunde ale individului, dar au sensuri opuse. Sadismul reprezintă satisfacerea prin producerea agresivităţii, iar masochismul – satisfacerea pulsională prin acceptarea agresivităţii. Din aceste considerente, în plan antropologic, orice act de agresivitate, ca model existenţial, este complet realizat în cadrul unui cuplu sado-masochist.

În condiţii normale, agresivitatea, în speţă conduitele violente sunt reprimate. Violenţa pură se manifestă numai sub formă de pulsiune primară, necenzurată,

Socialmente însă, agresivitatea sau, mai exact, tensiunea agresivă a inconştientului se „descarcă" pe căi sublimate. Acestea sunt temele unei antropologii socioculturale, pe care le explică doctrina psihanalitică. Una din formele prin care este descărcată sublimativ tensiunea agresivă colectivă este reprezentată prin „progres". Progresul şi schimbarea sunt considerate drept condiţii fundamentale ale dezvoltării sociale, dar şi individuale. Deşi orice proces social de progres are în vedere dezvoltarea, din punct de vedere dialectic hegelian (dar şi psihanalitic) ne aflăm în faţa unui proces de negaţie. Progresul neagă, nu afirmă. El contestă „existenţa de fapt", o refuză pentru a o înlocui cu o altă formă sau cu o altă regulă, cu o altă structură, cu un alt tip de relaţii, şi exemplele pot continua. *Negarea*, ca factor principal al progresului, este un act dialectic, dar şi psihanalitic, în conformitate cu principiile la care am făcut referinţă în prima secţiune a lucrării de faţă.

Al doilea moment al progresului este *substituirea* elementelor anterioare cu altele *noi, impuse sau acceptate de către individ sau de către grupul social*. Negarea este forma mascată a *agresivităţii*, care prin sublimare devine *progres*.

Este, desigur, şocant să recunoşti în factorii de progres origini comune cu cele ale conduitelor agresive, dar semnificaţia internă a fenomenului este evidentă.

O formă particulară a *progresului* este reprezentată de *modă*. Dacă progresul este o „mişcare continuă", o tendinţă permanentă de manifestare a agresivităţii latente, moda este, în plan simbolic, sublimat, expresia unei schimbări care traduce variaţia gustului, dar în spatele căreia se află neliniştea unei agresivităţi latente, incomplet descărcată şi, mai ales, nevoia permanentă a unei schimbări. Atât progresul, cât şi moda sunt manifestări sublimativ-simbolice ale pulsiunii agresive a inconştientului.

Ceea ce se opune *progresului* este *atitudinea conservatoare*. Dacă, aşa cum spuneam, progresul este legat de dinamica inconştientului, conservatorismul este raportat la dinamica Supra-Eului. Sunt conservate valorile moral-spirituale, preferându-se situaţiile stabile şi sigure celor fluctuante, incerte, perisabile. Progresul este expresia neliniştii, a nevoii de schimbare, pe când conservatorismul este expresia stabilităţii, a liniştii şi echilibrului, a cultivării valorilor tradiţionale. Disputa dintre progres şi *conservatorism este o „luptă" între inconştientul pulsional şi Supra-Eul moral*.

Trebuie menţionat faptul că dorinţa de progres, de schimbare este proprie tinereţului, al cărui inconştient pulsional este în plină efervescenţă, pe când tendinţa conservatoare se manifestă la vârsta adultă şi la bătrâneţe, exprimând acţiunea dinamică a unui Supra-Eu puternic, spiritual-religios, politic.

Să încercăm să vedem, dincolo de fenomenul propriu-zis al progresului, care sunt factorii ce determină „nevoia de schimbare". Dacă schimbarea este lentă, neviolentă, avem de-a face cu progresul. Ea este legată de erodarea valorilor Supra-Eului, care nu mai pot să exercite funcţia de reglator moral în societate. Dacă însă forţele de presiune ale Supra-Eului devin prea puternice, reprimatorii, asistăm la o acumulare a pulsiunilor inconştientului colectiv care, nemaiputându-se descărca, se vor manifesta la un moment dat sub o formă brutală, imprevizibilă, luând aspectul unor conduite de violenţă colectivă de tipul grevelor, revoluţiilor, războaielor civile, atacurilor teroriste organizate, atentatelor politice etc.

Care este semnificaţia psihanalitică a acestor acte de violenţă?

În cazul manifestărilor menţionate mai sus, dincolo de aspectele lor formale, trebuie să descoperim mobilurile psihanalitice care stau la baza lor. Ele sunt, din punct de vedere social, conflicte între *masele sociale* şi *autorităţi* (guvern, instituţii, personalităţi politice, partide politice, organisme economice etc.). Este vorba, prin urmare, de un tip de confruntare netă între două „elemente psiho-sociale" distincte. Din punct de vedere psihanalitic, *masele sociale* sunt imaginea *inconştientului colectiv* reprimat, ale cărui pulsiuni acumulate prin frustrări sociale, economice, politice etc. nu-şi mai pot găsi căile de descărcare firească. La fel, *autoritatea de stat* este imaginea sau simbolul *Supra-Eului social*, care concentrează forţele de reprimare a maselor. Revoluţiile, ca oricare alte forme ale manifestărilor de violenţă socială colectivă, sunt expresia ruperii raportului dintre mase şi autorităţi sau, în sens psihanalitic, revolta inconştientului împotriva Supra-Eului.

Acest punct de vedere în explicarea psihanalitico-antropologică a manifestărilor antisociale colective clarifică sensul lărgit al actelor de agresivitate umană de la care am pornit în discuţia noastră.

5. *Închiderea narcisică*

Agresivităţii, care este *„deschidere"*, manifestare exterioară, directă, sub forma violenţei, sau este mascată în diferite forme de sublimare, i se opune *„închiderea"*, izolarea, ce este dată de narcisism. Dacă agresivitatea aduce în discuţie omul violent, narcisismul pune problema omului însingurat. Remarcăm, prin urmare, că şi narcisismul devine o temă antropologică, dincolo de semnificaţiile sale psihiatrice sau psihanalitice strict circumscrise.

Narcisismul este situaţia existenţială a omului care se izolează, care se închide în sine. *Omul însingurat* reprezintă nu numai o întoarcere simplă către sine, ci şi un „egotism primar", o autosatisfacere libidinală. Izolarea este forma sublimată a închiderii în sine sub forma unui „refugiu interior". Consumându-şi în interioritatea sa propriile pulsiuni, narcisicul pare a absorbi întreaga energie libidinală în propriul său Eu. Este atitudinea de interiorizare totală, prin anularea lumii exterioare, pe care o înlocuieşte cu propriul său univers interior.

Izolarea de lume şi închiderea în sine este o conduită de refugiu şi se poate manifesta în forme extrem de variate, care însă au toate acelaşi mecanism psihanalitic: autosatisfacerea Eului. Cele mai frecvente manifestări pe care le putem raporta la acest tip existenţial al persoanei umane sunt următoarele: avariţia, colecţionarismul, gelozia, alcoolismul şi toxicomaniile, asceza.

Narcisicul este incapabil să realizeze o comunicare, o deschidere către lume, pentru el lumea fiind o latură separată în egală măsură de propria sa fiinţă şi de existenţa sa. Această închidere în sine, care implică ruptura de lume, incapacitatea de „a-fi-cu-ceilalţi", este trăsătura proprie narcisicului, manifestată în variate forme de conduită exterioară.

Narcisicul nu reuşeşte, ca etapă de dezvoltare, să se desprindă de „obiecte" şi nici să facă separaţia, raportată la identitate, dintre persoana sa şi ceilalţi. Ataşamentul de obiecte al narcisicului se exprimă prin două forme specifice de conduită: *avariţia şi colecţionarismul, ambele în legătură directă, simbolică, cu egofilia acestuia.*

Relaţia cu ceilalţi se manifestă fie prin dezinteres total, fie prin atitudini de gelozie, legate de aceeaşi teamă de „a nu pierde" o persoană pe care o consideră ca aparţinându-i; deci tot ataşament „obiectual".

Deşi sunt considerate „conduite de refugiu", alcoolismul sau toxicomaniile au relaţie cu persoana narcisică prin construirea unor universuri imaginare, care creează acea stare de plenitudine interioară artificială către care tinde acest tip uman. Alcoolul şi drogurile, prin efectul lor euforizant, îi conferă plăcere persoanei respective, fapt care concordă cu tendinţele libidinale latente ale narcisicului.

Se mai poate discuta în acest context despre sensul ascezei ca modalitate de existenţă. Refuzul lumii, al relaţiilor cu ceilalţi şi contemplarea divinităţii reprezintă, din punct de vedere psihanalitic, întoarcerea propriului Eu către Supra-Eul său. Relaţia Eu-Supra-Eu, realizată de asceză, este o „închidere" a existenţei vitale de tip circular, prin „întoarcerea către sine însuşi". Proiecţia în divinitate este de fapt o căutare şi o întâlnire totodată a Eului cu Supra-Eul său, asceza nefiind o simplă „ieşire din lume", ci o „intrare în sine", specifică personalităţilor narcisice.

Astfel, dincolo de aspectele psihologice, psihiatrice, moral-religioase, manifestările la care facem referinţă au la bază o anumită orientare a pulsiunilor persoanei, dar ele sunt concomitent şi expresia unui anumit nivel de dezvoltare/maturizare libidinală a acesteia, unul care nu a atins încă maturitatea deplină. Narcisicul „depinde" de el însuşi prin natura şi prin actele sale (avariţie, gelozie, filautie etc.). Aceste aspecte demonstrează că, şi în cazul narcisismului, cea mai completă sferă explicativă este oferită de antropologie.

6. *Supraevaluare şi frustrare*

Raportul dintre supraevaluare şi frustrare stă la baza unor aspecte umane şi a unor modele de existenţă cărora antropologia psihanalitică le descoperă dimensiuni noi, dincolo de caracteristicile lor psihologice sau morale. Prezente ca mecanisme psihologice profunde, cu consecinţe importante în formarea personalităţii, a Eului personal al individului, supraevaluarea şi frustrarea configurează două tipuri umane şi două atitudini de viaţă: *omul autoritar*, dur, dominant, represiv şi *omul dependent*, subordonat, dominat şi frustrat, slab şi nedreptăţit. Acesta din urmă este tipul de om permanent nemulţumit, care suferă, se frământă şi care fie acceptă situaţia de inferioritate, fie se revoltă împotriva condiţiei sale şi a factorilor de frustrare.

Din punct de vedere psihanalitic, *omul autoritar* încarnează simbolic puterea, forţa, fiind imaginea arhetipală a autorităţii care hotărăşte şi-şi subordonează celelalte persoane. Este tipul de lider, dar şi de tiran, dictator. Este temut, urmat, ascultat, dar nu este iubit. Între el şi ceilalţi există o relaţie de tensiune mută.

Omul dependent este, din punct de vedere psihanalitic, simbolul maselor frustrate, reprimate, obligate să se supună autorității șefului, voinței acestuia. Ele trebuie să asculte și să execute fără critică ordinele primite, să trăiască în conformitate cu normele care le sunt impuse. În timp ce *omul autoritar* are toate drepturile, fiind liber să-și exercite propria sa voință, *omul dependent* este lipsit de drepturi și de libertate.

Relația dintre omul autoritar și omul dependent este dată de *frustrare*. Frustrările pot fi individuale (ale persoanei) sau colective (ale mulțimilor). Frustrările mulțimilor pot fi globale, interesând toată masa populațională, sau selective, proiectate asupra unor grupuri sociale (etnice, economice, profesionale, confesionale etc.). În toate cazurile, relația psihanalitică care se stabilește între personalitatea frustrantă (omul autoritar) și personalitatea/masele frustrate (omul dependent) este legată de hipertrofia Eului persoanei liderului printr-un proces de supraevaluare, acesta proiectând asupra maselor propriile sale „probleme". De regulă, omul autoritar nu corespunde imaginii mitice a eroului. El este, la rândul său, o persoană cu „probleme" psihologice personale (complexe, frustrări, carențe emoționale, eșecuri), pe care și le-a interiorizat și care se regăsesc în psihobiografia sa. Acestea sunt supracompensate prin „autoritate" și rezolvate prin proiectarea lor asupra maselor. Este un „transfer de culpabilitate". Aspectul este clar prezentat în psihobiografia dictatorilor: de regulă, dictatorii sunt „persoane fără trecut", cu origine obscură sau incertă, cu o copilărie și adolescență frustrate, în care se înscriu psihotraumatisme emoționale grave. Dobândind autoritatea, puterea, ei vor fi, într-o primă etapă, animați de „idei salvatoare", „mesianice" pe care le vor proiecta asupra societății. Dar, din punct de vedere psihanalitic, prin aceasta ei nu fac altceva decât să-și „salveze propria persoană și propriul trecut", acțiunile lor având semnificația unor „acte reparatorii" retroactive. Realizarea „ideilor reformatoare și salvatoare" se va face cu prețul frustrării celorlalți, a maselor. Proiectând asupra acestora propriile sale probleme din trecut, omul autoritar va obliga masele „să trăiască" conform voinței sale, care nu este altceva decât „descărcarea" proiectivă a problemelor personale din trecut asupra maselor.

Masele frustrate, în primul rând prin suprimarea libertăților individuale, vor acumula o cantitate enormă de pulsiuni ce nu vor putea fi descărcate, creând o mare tensiune psihică colectivă. În plus, maselor li se vor impune conduite de factură artificială, opuse tendințelor lor, dintre care cel mai frustrant este „cultul personalității liderului".

Pulsiunile acumulate se vor descărca în interior, prin creșterea ratei suicidului, ca o formă mascat-deturnată a agresivității maselor față de o situație de viață inacceptabilă, o expresie a refuzului de „a mai trăi astfel". Uzarea autorității va determina însă o explozie pulsională colectivă a maselor: refuzul puterii, contestarea liderului și alte acte social-politice de revoltă. La baza lor însă, din punct de vedere psihanalitic, stau reacțiile protestatare față de situațiile de frustrare colectivă. Ele ne amintesc cele afirmate de S. Freud în legătură cu „revolta fiilor împotriva tatălui autoritar-tiranic": mecanismul psihanalitic al revoltelor sociale este același.

Am arătat că fenomenul de frustrare este cel care condiționează o anumită formă de relație interumană, caracterizată prin *dominare-dependență*, respectiv *persoană*

frustrantă-persoană frustrată. Un aspect particular legat de aceasta se poate observa în cazul *cuplurilor nevrotice*.

Adesea, atracţia dintre indivizi şi constituirea unui cuplu de parteneri se efectuează după criterii nevrotice. Acest aspect, pe care psihanaliza îl explică şi-l scoate în evidenţă, depăşeşte cadrele stricte ale clinicii psihiatrice, având o semnificaţie antropologică, aşa cum vom căuta să demonstrăm.

În cazul *cuplurilor nevrotice*, este obligatoriu ca ambii parteneri care „se întâlnesc" să aibă o anumită „încărcătură nevrotică", de regulă frustrări ori complexe legate de frustrări sau carenţe emoţionale şi eşecuri anterioare. Cuplul se constituie după următoarele criterii dinamice, şi anume:

a) proiecţia propriilor eşecuri şi probleme asupra partenerului;
b) preluarea de către unul dintre parteneri a încărcăturii nevrotice a celuilalt;
c) crearea unei atmosfere psihologice şi a unui tip de comunicare între partenerii cuplului care să aibă ca efect compensarea frustrărilor personale.

Aparent, acest tip de „relaţie nevrotică" între parteneri poate avea un efect psihoterapeutic restaurator, dar la fel de bine ea poate să creeze o stare de dependenţă, secundară, a persoanei frustrate anterior faţă de noul ei partener, care, sub masca protectorului, poate deveni o personalitate autoritar-tiranică. Aceste aspecte pun în discuţie foarte serios consistenţa şi durabilitatea relaţiei dintre parteneri.

Se poate desprinde din cele de mai sus concluzia că manifestările de supraevaluare, ca şi consecinţele frustrării sunt aspecte ale umanului care se pot înscrie în ordinea unei antropologii psihanalitice.

7. *Acordul interuman*

Relaţiile şi acordul interumane reprezintă o altă dimensiune a antropologiei psihanalitice. Dincolo de aspectele umane imediate, raportate – de exemplu – la viaţa cotidiană, întâlnirea şi comunicarea trebuie considerate forme de completare şi restaurare a persoanelor umane. Aceasta este una dintre temele majore ale psihanalizei. Întâlnirea şi comunicarea interumană sunt, de fapt, domeniul practic al psihanalizei, concretizat în actul psihoterapeutic. Orice psihoterapie este o „întâlnire" care urmăreşte un acord în vederea unei restaurări sufleteşti a persoanei. Întâlnirea ca acord este opusul confruntării dintre persoane şi ea are, în primul caz, un efect cathartic-restaurator, iar în cel de-al doilea, un efect frustrant-traumatizant.

Să încercăm să analizăm aspectele antropologice ale acordului interuman. Acesta exprimă o tendinţă fundamentală a individului, reprezentată prin atracţia/întâlnirea dintre două Euri. Atracţia Eurilor nu este întâmplătoare, ea fiind legată, din punct de vedere psihanalitic, de identitatea persoanei. Orice persoană, pe planul întâlnirii interumane, are tendinţa inconştientă de a-şi exprima propria sa identitate. În mod egal însă, întâlnirea dintre două persoane, în cazul unei imaturizări sau a pierderii identităţii, are ca scop regăsirea acesteia sau, altfel spus, împlinirea sau întărirea propriului Eu. Îmi regăsesc identitatea şi îmi fortific propriul Eu în relaţia de

întâlnire/complementaritate cu o altă persoană, cu un alt Eu. Prin urmare, un alt aspect al întâlnirii este completarea reciprocă a două Euri. El apare în cazul partenerilor de viaţă.

În cazul cuplurilor menţionate, de factură complementară, în care întâlnirea este o „interiorizare reciprocă", fără ca cele două Euri să se dizolve totuşi unul în celălalt, avem de-a face cu un act de comuniune sufletească, în care factorul moral şi emoţional al iubirii reciproce are o mare valoare (D. Stăniloae, G. Madinier, L. Binswanger).

Însă în cazul discutat anterior, al cuplurilor nevrotice, atracţia reciprocă şi întâlnirea dintre cei doi parteneri are alte semnificaţii, şi anume:

a) compensarea reciprocă a nevrozelor personale în cadrul relaţiei de cuplu;
b) proiecţia propriilor „probleme nevrotice" asupra partenerului;
c) refacerea sau restaurarea propriului Eu frustrat sau complexat şi, în final, restaurarea destinului prin unirea cu celălalt;
d) realizarea reciprocă de sine a celor doi parteneri printr-un mecanism de securizare psihologică în raport cu frustrările lor anterioare.

Acordul interuman este, ca şi celelalte aspecte discutate mai sus, o dimensiune importantă a antropologiei psihanalitice. El vine să le completeze şi să configureze în felul acesta tematica unei antropologii originale.

8. *Semnificaţia antropologică a psihoterapiei*

Psihoterapia desemnează acţiunea terapeutică asupra psihicului cu mijloace sufleteşti, fiind prin aceasta o acţiune circumscrisă sferei fiinţei umane.

Ceea ce caracterizează psihoterapia este un raport de intersubiectivitate care se desfăşoară între două persoane sau între o persoană şi un grup uman. În orice situaţie psihoterapeutică, două persoane aflate faţă în faţă realizează un tip particular de relaţie, o „referinţă reciprocă", având ca scop „explicarea unuia către celălalt" (L. Binswanger). Acest raport interuman de reciprocitate are în vedere trei aspecte:

a) cuplul medic-bolnav, care pune în joc două elemente: psihicul bolnavului şi acţiunea terapeutică a medicului;
b) în această relaţie, sensul comunicării este orientat dinspre medic către bolnav, şi niciodată invers;
c) întâlnirea medic-bolnav are semnificaţia unui serviciu adus unei cauze precise, restaurarea echilibrului psihic al bolnavului.

Astfel considerată, psihoterapia semnifică acţiunea medicală exercitată de terapeut asupra sufletului. Cum se realizează ea? Majoritatea autorilor sunt de acord că psihoterapia reprezintă o parte din „câmpul de acţiuni" pe care oamenii le exercită în mod curent unii asupra altora (M. Buber, L. Binswanger, K. Jaspers). Cele mai importante „elemente" în acest proces sunt reprezentate de sugestie, comunicarea interumană şi nivelul de educaţie.

Se remarcă astfel faptul că relaţia psihoterapeutică trebuie privită în raport direct cu potenţialităţile vitale ale persoanei umane, în sensul de „fiinţă-cu-şi-pentru-ceilalţi". Numai având în vedere acest aspect putem înţelege de ce este posibilă acţiunea psihoterapeutică. Din această perspectivă, acţiunea psihoterapeutică se înscrie într-o ordine ontologică a fiinţei. Care sunt caracteristicile sale antropologice?

În relaţia psihoterapeutică, „persoana medicului" va impune anumite rigori „persoanei pacientului". Acestea au drept scop să-l conducă pe pacient către refacerea ordinii şi a echilibrului său interior. Relaţia medic-pacient este una dialectică, centrată pe interpretarea psihobiografiei pacientului, orientată în direcţia reformulării şi a restaurării acesteia.

Pentru realizarea acestui deziderat, un bun psihoterapeut trebuie să considere relaţia cu pacientul său ca pe o „dialectică" în care el deţine o poziţie dominantă, de ghidare terapeutică a cazului. Rezultă de aici că *relaţia terapeutică* medic-bolnav este o formă particulară de relaţie existenţială bazată pe *comunicare*, în planul formal-extern, şi pe *încredere*, în planul emoţional-intern. Încrederea bolnavului în medicul său deschide „poarta" prin care acesta din urmă accede în interioritatea primului pentru a-i reface echilibrul sufletesc pierdut. Încrederii pe care bolnavul i-o arată, medicul trebuie să-i ofere speranţa vindecării – susţinută prin ataşamentul său faţă de bolnav, prin bunele intenţii mereu afişate faţă de acesta. Toate acestea vor contribui la realizarea relaţiei ontologice de „a-fi-împreună" în scop terapeutic.

Din punct de vedere strict medical, psihoterapia urmăreşte elucidarea genezei simptomelor clinice şi anularea acestora. În plan uman însă, bolnavii nevrotici, aşa cum am arătat, trăiesc sentimentul dureros al unei permanente „frustrări a destinului personal". Din acest motiv, sensul antropologic al psihoterapiei este deplasat de la *actul medical* la *ritualul existenţial*. Este suficient să amintim în sensul acesta consideraţiile de ordin antropologic pe care le face Cl. Lévi-Strauss prin analiza comparativă dintre *tehnicile şamanice* şi *psihanaliză*. Orice psihoterapie se desfăşoară după un anumit model, constituind un *scenariu* în care două personaje, *terapeutul* şi *pacientul*, sunt cooptate într-un „joc dramatic" reprezentat tematic prin efortul anulării suferinţei umane, percepută simbolic ca *boală*. Aceste „scenarii terapeutice" care susţin şi, în mare măsură, garantează efectul terapeutic le regăsim în cazul *magentismului animal* practicat de A. Mesmer, al celebrelor *şedinţe publice de isterie* susţinute de J. Charcot sau în primele etape ale *hipnotismului*. La acestea se poate ataşa tehnica psihoterapeutică a *psihodramei* lui J. Moreno, care îşi trage rădăcinile din jocul dramatic propriu-zis.

Din punct de vedere ontologic, psihoterapia va trebui să ia în considerare nu „cazul", ci „psihobiografia" bolnavului, înţeleasă ca „istorie interioară a vieţii", centrându-se pe frustrarea sau reprimarea pulsiunilor vitale fundamentale ale acestuia şi având drept urmare restaurarea „destinului" său.

În plan ontologic, obiectivul psihoterapiei devine astfel „istoria interioară a vieţii unei fiinţe umane". Această „istorie", indiferent de modul în care ea se desfăşoară, reprezintă o „temă" care este dezbătută între terapeut şi pacient. Dezbaterea constă în prezentificarea evenimentelor trecute şi a situaţiilor care compun psihobiografia

pacientului, în scopul explicitării raporturilor acestora cu tulburarea echilibrului psihic interior al bolnavului.

Suferința psihică este resimțită de individ ca o limitare a libertății sale exterioare, iar în plan intern, ca o schimbare a sensului propriei vieți. Ea este percepută catastrofic în planul conștiinței reflexive a acestuia, producându-se ceea ce K. Jaspers a numit situații-limită.

Având în vedere cele arătate, rolul oricărei psihoterapii constă în a scoate bolnavul din constrângerile impuse de *situațiile-limită*, înlocuindu-le prin actul terapeutic cu *situații-deschise*.

Orice bolnav psihic este, prin natura schimbării sale sufletești, o *„persoană--limită"*, închisă în „cercul ontologic" al suferinței sale. Actul terapeutic reprezintă o deschidere care să ofere perspectiva unei noi direcții de viață, redobândirea valorilor pierdute, regăsirea sensului vieții și al propriei persoane.

Acesta trebuie să fie scopul final al oricărei psihoterapii: o acțiune de re-echilibrare a destinului individului aflat în stare de suferință psihică, o regăsire de sine prin întâlnirea cu terapeutul. Este relevată astfel dimensiunea antropologică a psihoterapiei.

9. *Omul ca ideal*

Față de problemele discutate, se impune o concluzie conturată pornind de la două întrebări: Care este scopul final al psihanalizei? Care este elementul central al acestei doctrine? Răspunsul este unul singur: *Omul ca ideal*, înțelegând prin aceasta încercarea de a explica destinul ființei umane.

Obiectivul psihanalizei este cunoașterea într-o manieră dinamică a ființei umane, a naturii sale intime, și este realizat prin investigarea psihobiografiei individului, considerată ca o „istorie a vieții interioare". Sarcina pe care și-o propune psihanaliza decurge de aici și constă în efortul de perfecționare a ființei umane. Atât cunoașterea, cât și perfecționarea ființei umane se bazează pe o anumită „imagine construită" a omului, proprie psihanalizei.

Imaginea omului în psihanaliză este reprezentată de configurația propriului său Eu. În spatele imaginii Eului personal se află factorii dinamici ai acestuia, care-i determină atât configurația și identitatea, cât și dinamica vieții. Ei sunt reprezentați prin inconștientul pulsional și Supra-Eul moral.

Desigur că aceste aspecte se înscriu în ordinea unei antropologii psihanalitice. În centrul ei va sta *omul*, dar un om construit de psihanaliză, în conformitate cu propriile principii. Pentru psihanaliză, persoana umană este rezultatul dinamicii pulsionale a inconștientului său. Dar, concomitent, aceste pulsiuni sunt cenzurate, lor opunându-li-se factorii morali ai Supra-Eului. Cuprinsă între două forțe pulsionale, instinctuale și morale, ființa umană amintește încă de situația sa „originară edenică", cum o ilustrează Lamartine:

Borné dans sa nature, infini dans ses voeux,
L'homme est un dieu tombé qui se souvient des cieux.

Deşi fiinţă a pulsiunilor, omul este un paradox. El manifestă permanent tendinţa de a se desprinde de condiţia sa, de a-şi depăşi propria sa natură. Este acea mişcare proiectivă a „trans-umanului", prin care omul, revoltat de condiţia sa marcată de finitudine, caută să o depăşească. Orice act de proiecţie este nu numai „ieşire din sine", ci, concomitent, şi un act de transcendenţă prin care omul se plasează într-un alt registru existenţial. În sensul acesta, M. Foucault susţine că omul este un „dublet empirico-transcendental", fapt care, de altfel, este confirmat şi de psihanaliză.

Aflat între inconştient şi Supra-Eu, Eul personal conştient aspiră la o condiţie de independenţă, proiectându-se într-un plan ideal al aspiraţiilor sale. Năzuind către un ideal personal, Eul face un act de sublimare prin care caută să-şi „deturneze" *propriul său destin, marcat de finitudine, către eternitate. B. Spinoza susţine astfel că „sentimus experimurque nos aeternos esse"*. Refuzul finitudinii şi aspiraţia către etern construiesc imaginea *omului ideal*.

Din cele de mai sus se desprinde un aspect existenţial şi anume că omul este o fiinţă ambiguă, fixată în actualitate prin pulsiunile inconştientului, care se proiectează însă către viitor prin valenţele morale ale Supra-Eului. Această tendinţă către etern este efortul metafizic al omului de a se desprinde de presiunea inconştientului şi de a se identifica cu valorile morale ale Supra-Eului sau altfel spus, de a depăşi perisabilul şi a trece în etern. Să încercăm să explicăm cele discutate.

Viaţa pulsiunilor este legată de obligativitatea persoanei umane de „a-fi-în-lume" sau „de-a-fi-conformă-cu-realitatea-lumii". Or, această realitate este limitată şi astfel ea „închide" persoana umană, impunându-i propriile sale limite. Psihanaliza recunoaşte aceste aspecte. Ulterior, K. Jaspers a dezvoltat în mod considerabil tema respectivă când s-a ocupat de *situaţiile-limită*.

Dinamica Supra-Eului este cea a valorilor moral-spirituale, care oferă perspectiva transcendenţei. Ele îi oferă Eului actual poarta către eternitate, posibilitatea metafizică de depăşire a acestei lumi perisabile. Acest aspect este realizat de ceea ce noi am denumit *situaţii-deschise*, ele opunându-se conceptului jaspersian de situaţii--limită. Desprinderea de lume, eliberarea de presiunea pulsiunilor primare este resimţită de către persoană ca o stare ideală, ca o împlinire a propriului său Eu. Este starea de *sophrosyné* socratică, *extazul* misticilor creştini, *Nirvana* budistă.

Omul, fiinţă bipolară prin natura sa, este şi o fiinţă neliniştită. El aspiră către un ideal absolut, către eternitate, puritate, linişte şi echilibru. Toate acestea sunt valori ale Supra-Eului şi se opun pulsiunilor primare ale inconştientului, determinând neliniştea umană să fie sursa unei permanente elaborări spirituale. Omul se întreabă şi încearcă să răspundă la marile probleme ale propriului său destin.

Psihanaliza fixează definitiv destinul uman în raport cu pulsiunile inconştientului. Nietzsche afirmă că destinul uman este conform valorilor morale ale Supra-Eului. Pentru Goethe, neliniştea umană personificată în figura lui Faust provine din situarea acestuia între Mefistofeles (simbolul pulsiunilor inconştientului) şi Margareta (simbolul purităţii morale a Supra-Eului). Din aceste considerente, în spiritul unei antropologii psihanalitice, atunci când se vorbeşte despre „omul ideal", dincolo de aspectul

formal, trebuie să vedem imaginea sublimată a condiției umane care încearcă să se desprindă de perisabil, proiectându-se în eternitate.

Înseși imaginile exemplare umane, eroii, sfinții, geniile, nu sunt decât „modele umane" în luptă cu destinul. Spre deosebire de *omul tragic*, *omul ideal* este imaginea aspirației profunde a ființei umane. Omul tragic este produsul inconștientului, pe când omul ideal este produsul Supra-Eului. Inconștientul este cel care ne ține în realitate, iar Supra-Eul este cel care ne proiectează dincolo de realitate.

Duplicitatea ființei umane este însăși esența omului. Dacă ar fi numai ființă pulsională, omul s-ar reduce la condiția primară animală. Dacă ar fi numai ființă morală, ar exista doar ca Supra-Eu. Suntem oameni numai prin întâlnirea inconștientului cu Supra-Eul. Inconștientul este principiul vital, pe când Supra-Eul este cel care înalță, modelează ființa umană și îi asigură progresul.

Neliniștea umană apare ca un rezultat al întâlnirii, resimțite interior, dintre inconștient și Supra-Eu. Ea este „centrul" din care se dezvoltă Eul personal și toate problemele legate de acesta. Această neliniște este sursa și garanția existenței noastre.

10. *Psihanaliza ca* Weltanschauung

Deși la originea sa psihanaliza s-a constituit ca metodă de cunoaștere a personalității bolnavilor psihici și, în al doilea rând, ca metodă terapeutică, treptat, așa cum s-a arătat pe parcursul lucrării noastre, ea a devenit un *model de gândire* care a încercat să explice majoritatea manifestărilor umane, motivațiile acestora și rezultatele lor. În felul acesta, psihanaliza se constituie în final ca un veritabil *Weltanschauung* – o concepție despre lume.

Am arătat mai sus care sunt principalele direcții ce constituie fundamentele tematice ale unei *antropologii psihanalitice*. Plecând de aici, se poate constitui chiar o *filosofie psihanalitică*, care să aibă ca teme de reflecție *Omul și Lumea*. Nu trebuie însă confundată sau asimilată psihanaliza ca *metodă de gândire* și *tehnică de acțiune* cu concepția despre Om și despre Lume.

Psihanaliza ne oferă posibilitatea deschiderii unei modalități de *a vedea*, de *a gândi* și de *a înțelege Omul și Lumea*. Ea este o *tehnică*. A gândi psihanalitic presupune faptul de a te situa în punctul de vedere al psihanalizei și de a gândi prin aceasta.

Interesant este faptul că atât omul, cât și lumea pot fi gândite din două direcții sau puncte de vedere aparent diametral opuse: cel al *rațiunii conștiente* și cel al *iraționalului inconștient*. Deși par diferite, acestea sunt complementare, întrucât reprezintă „părțile componente" ale aceluiași întreg.

Omul și lumea sunt formate din contrarii care se echilibrează între ele. Rațiunea vede partea clară a lor, pe când psihanaliza vede și sondează partea lor obscură. Prima vede latura conștientului, cea de-a doua latura inconștientului. Prima utilizează gândirea logică, cea de-a doua gândirea simbolică. Dar între cele două metode, logică și simbolică, nu este un antagonism, ci o complementaritate. Mai mult, se poate spune că latura simbolică este primară, iar latura logică, secundară, derivată

din aceasta prin ordonarea ei riguroasă în sfera conştiinţei, a intelectului cunoscător al individului.

Din aceste considerente, concepţia despre om şi cea despre lume vor avea un caracter ambivalent, diferit după atitudinea adoptată de către cercetător sau gânditor în procesul de *cunoaştere/înţelegere* a acestora. O cunoaştere completă trebuie să combine ambele aspecte într-o sinteză unică, ca o viziune globalistă. Separaţia care se face între *raţional* şi *iraţional* sau *logic* şi *simbolic* este însă o operaţie a intelectului cunoscător, întrucât trebuie să admitem, dincolo de posibilităţile acestuia, că *obiectul cunoaşterii*, respectiv *Omul şi Lumea*, este *separat* prin actul cunoaşterii în *fanicul inteligibil* şi *cripticul misterios*, în *logic* şi *simbolic*.

Ceea ce admite şi explică psihanaliza, reprezentând prin aceasta un veritabil *Weltanschauung*, este iraţionalul atât din Om, cât şi din Lume. Din acest moment, devine clar faptul că cele două contrarii nu sunt antagonice, ci complementare. Concluzia este esenţială atât în ceea ce priveşte explicarea lor, cât, mai ales, în instituirea şi organizarea unei psihoterapii analitice fundamentate pe principiile unei antropologii.

Într-o altă ordine de idei, psihanaliza poate explica *schimbările lumii*, ca o aplicare la scară „macro" a experienţelor psiho-individuale. Lumea poate traversa *crize*, veritabile *„stări nevrotice colective"* cauzate de frustări, conflicte, traumatisme, complexe colective, schimbări de valori etc. Privite din afară, ele par inexplicabile, absurde, haotice. Explicaţia şi înţelegerea lor este dată de o analiză interioară, în care „descoperim" conflictele şi frustrările colective.

Atitudinile partizane, diferenţele de opinii sunt expresia unor modalităţi diferite de „a vedea" şi de „a înţelege" lucrurile. Punctul de vedere psihanalitic încearcă să rezolve aceste dificultăţi.

Se ridică însă câteva probleme particulare, în primul rând de ordin metodologic. Poate psihanaliza să explice totul, aşa cum pretinde de altfel? În mare măsură ea crede şi chiar caută să ne convingă că, de fapt, aşa stau lucrurile. În realitate însă, tendinţa de a explica orice sfârşeşte prin a *închide sfera cunoaşterii* şi a opera un reducţionism în domeniul la care face referinţă.

Din aceste considerente, care sacrifică *obiectul* pentru salvarea *doctrinei*, psihanaliza sfârşeşte prin a deveni cel puţin o metodă rigidă de interpretare, dacă nu chiar un *obstacol ideologic* în domeniul cunoaşterii omului şi a lumii.

Această *„închidere"* este compensată prin construirea artificială a unor *imagini-model* ale *omului* şi ale *lumii*, în conformitate cu teoriile şi principiile psihanalizei. Omul şi lumea explicate şi înfăţişate de psihanaliză devin nişte construcţii factice, concluzii ale teoriilor acesteia care sfârşesc prin a deforma realitatea. Şi cu toate acestea, ele îşi au, incontestabil, utilitatea lor de *instrumente de orientare* în cunoaşterea, înţelegerea şi explicarea atât a omului, cât şi a lumii, dar luate cu rezervele care decurg din cele mai sus menţionate.

În final, se impun un comentariu sau, mai exact, o analiză a psihanalizei.

Semnificaţia psihanalizei

Nu putem încheia un studiu antropologic al *psihanalizei* fără a discuta *semnificaţia* acesteia, fără a încerca să facem o *„psihanaliză a psihanalizei"*.

Acceptată ca atare sau admisă cu modificări, contestată şi revizuită, psihanaliza a dobândit în decursul timpului un statut ştiinţific solid prin care s-a impus, continuând să se dezvolte permanent prin integrarea în sfera ei de preocupări a unor domenii ale ştiinţelor umane din ce în ce mai extinse şi mai diferite. În faţa acestei situaţii de cel puţin aparentă *generalizare* a tendinţelor de unificare prin *interpretare* şi *explicare* psihanalitică a celor mai multe dintre domeniile umanului, ne punem firesc întrebarea dacă nu cumva trebuie căutată şi analizată *semnificaţia psihanalizei* sau, mai direct spus, să se încerce să se facă o *psihanaliză a psihanalizei*. Lucrul acesta nu ni se pare a fi deloc lipsit de importanţă şi, de aceea, vom încerca să-l facem în cele ce urmează.

Referindu-ne la psihanaliză, putem spune că aceasta prezintă, în mare, următoarele încercări de definire:

a) o doctrină medico-psihologică de interpretare/explicare atât a omului normal, cât şi a bolnavului psihic;
b) o tehnică terapeutică medico-psihologică specifică;
c) o concepţie despre om şi lume;
d) o modalitate specifică de gândire în sfera ştiinţelor umane.

Deşi aspectele mai sus menţionate desemnează trăsături ale psihanalizei, ele nu exprimă decât intenţiile acesteia, fără a ne spune însă nimic despre caracteristicile profunde care constituie semnificaţia sa. Vom încerca să le analizăm în cele ce urmează. Pentru a descifra semnificaţia psihanalizei, este absolut necesar să luăm ca *elemente de referinţă* câteva aspecte care-i sunt specifice. Ele sunt următoarele: *decorul*, *personajele* şi *acţiunea*. Toate au, dincolo de caracterul lor obiectiv, o anumită semnificaţie. Să le analizăm în continuare.

1. *Decorul*

Decorul reprezintă *spaţiul* şi accesoriile acestuia în care se desfăşoară *cura psihanalitică*. El este consacrat *întâlnirii dintre pacient/subiect-medic/terapeut*. Spaţiul psihanalitic – „cabinetul", aparţine medicului şi este reprezentat printr-o „cameră" în care este „aşteptat" şi „primit" pacientul. Din punct de vedere simbolic, aceasta este un *spaţiu consacrat întâlnirii* (cu caracter de intimitate) dintre *client* şi *terapeut*. Ea reprezintă un spaţiu izolat şi protejat tocmai pentru a favoriza, din punct de vedere funcţional, atmosfera de intimitate a comunicării pe care o cere acest gen de întâlnire.

Elementul esenţial al decorului spaţial este reprezentat de *canapeaua* pe care este invitat subiectul să stea în cursul şedinţei psihanalitice. Semnificaţia canapelei

este cea de *obiect (intermediar) al erotizării*, întrucât poziţia de clinostatism favorizează relaxarea, dar în acelaşi timp şi *eliberarea* printr-o deturnare sublimată a tendinţelor şi tensiunilor erotice interioare ale subiectului, în prezenţa (stimulatoare) a terapeutului.

2. *Personajele*

Întâlnirea din cursul curei psihanalitice are, aşa cum vom arăta mai departe, dincolo de intenţiile declarate deschis de *psihoterapie*, şi caracterul de *joc dramatic*, obţinut printr-o erotizare reciprocă. Acesta este un element esenţial care favorizează actul terapeutic, realizând astfel obiectivele finale pe care şi le propune cura psihanalitică. Cele două *personaje* ale *„întâlnirii (psiho)terapeutice"* sunt *clientul* şi *terapeutul*.

a) *Terapeutul* reprezintă persoana *analistului*, instituit din punct de vedere psihanalitic cu un *rol viril*. El reprezintă în cadrul acestui *cuplu (psiho)terapeutic* elementul *animus*. Terapeutul are rol director. Trebuie să-şi asculte clientul şi să-i răspundă.
b) *Clientul* reprezintă persoana *analizată*, fiind investit din punct de vedere psihanalitic cu un *rol feminin*. El reprezintă în cadrul acestui *cuplu (psiho)terapeutic* elementul *anima*. Rolul său este de a relata, în sensul de *„a se deschide"* către terapeut, aşteptând din partea acestuia răspunsuri la *„problemele"* sale.

3. *Acţiunea*

Întâlnirea psiho-terapeutică a celor două *personaje* în cadrul *decorului* cabinetului de psihanaliză are caracterul unei *relaţii (psiho)terapeutice* de un tip special, în care distingem mai multe *laturi* sau *aspecte* caracteristice:

a) *Motivele acţiunii terapeutice* sunt cuprinse în *„problematica"* clientului. Acesta „vine" la terapeut pentru a-şi explica propriile sale probleme (conflicte, angoase, tulburări nevrotice etc.) şi pentru a găsi o soluţie la ele.
b) *Acţiunea terapeutică*, care reprezintă relaţia de durată *subiect-terapeut*, trebuie înţeleasă în forma desfăşurării unui *„scenariu"* complex, a unui veritabil *„joc dramatic"*, în care, aşa cum spuneam mai sus, fiecare dintre cele două *personaje* joacă un *rol* precis. În cadrul *acţiunii terapeutice*, au loc două momente care se succedă, şi anume:
   - *contactul/comunicarea* bolnav-terapeut, ce constă în discursul subiectului adresat, ca orientare ţintită, terapeutului (ca simbol de *„ofertă"* sau *„dar"*), în care acesta îşi expune propriile sale *„probleme"* (intimitatea sa);
   - *ascultarea* de către terapeut a relatărilor (*discursul narativ*) ale subiectului său ca act simbolic de acceptare şi înţelegere a *„problemelor"* acestuia, urmat de răspunsurile/soluţiile aşteptate.

Acţiunea (psiho)terapeutică are semnificaţia unui *joc dramatic*, aşa cum spuneam, în cursul căruia are loc dezvoltarea unei *„ambianţe de lucru"*, a unei atmosfere de

comunicare/încredere între subiect şi terapeut. Din punct de vedere simbolic, aceasta are semnificaţia unei erotizări reciproce, care pregăteşte actul de *catharsis*, considerat ca *„moment final"* de descărcare pulsională a tensiunilor şi, prin aceasta, obţinerea unei *satisfacţii libidinale*. Jocul dramatic al *întâlnirii (psiho)terapeutice* are ca funcţie (sublimativă) deplasarea *obiectului erotic* de la *persoană* la *discurs*.

În acest *joc (psiho)dramatic*, cele două *„personaje"* îşi vor fixa atenţia (*libidinală*) asupra *discursului*, pentru a descifra în conţinutul său simbolic frustrări, conflicte, complexe, situaţii psihotraumatizante nevrotice etc. Desfăşurarea acestuia are ca efect eliberarea cathartică a subiectului şi, o dată cu aceasta, „despărţirea" lui de terapeut.

Ceea ce se obţine este o „privire din interior" care ne permite – desigur, numai într-o anumită măsură – să putem răspunde la întrebarea: *„Ce este psihanaliza ?"*. Răspunsul va fi cel care decurge din cele anterior expuse: o *„întâlnire"* ce are caracter de *joc dramatic* şi în cursul căreia sunt mobilizate *energiile pulsionale* ale inconştientului subiectului respectiv, pe care capacitatea captativă şi de înţelegere a terapeutului le ordonează, le explică şi le găseşte o soluţie având ca efect final restabilirea echilibrului sufletesc al bolnavului. Acţiunea are ca „efect" asupra terapeutului satisfacţia morală a restaurării fiinţei umane a semenului său.

Prin urmare, dincolo de intenţiile sale medico-psihologice declarate, psihanaliza are o importantă dimensiune psiho-antropologică care ne este revelată de *relaţia medic-bolnav*, considerată ca întâlnire şi comunicare printr-o deschidere reciprocă a intimităţii acestora.

Bibliografie selectivă

Abraham, K., 1966, *Psychanalyse et culture*, Payot, Paris.
Abramson, J., 1940, *L'enfant et l'adolescent instable*, PUF, Paris.
Adler, A., 1950, *Le sens de la vie*, Payot, Paris.
Adler, A., 1996, *Cunoaşterea omului*, IRI, Bucureşti.
Ajuriaguerra, J., 1974, *Manuel de psychologie de l'enfant*, Masson, Paris.
Alexander, F., 1968, *Principes de psychanalyse*, Payot, Paris.
Alexander, F.; French, T.M., 1959, *Psychothérapie analytique*, PUF, Paris.
Allendy, R., 1927, *Le problème de la destinée*, Gallimard, Paris.
Allport, G.W., 1981, *Structura şi dezvoltarea personalităţii*, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.
Andrey, B.; Le Men, J., 1974, *La psychologie à l'école*, PUF, Paris.
Arendt, H., 1994, *Originile totalitarismului*, Editura Humanitas, Bucureşti.
Arthus, A., 1967, *Répertoire des images et symboles oniriques*, Ed. du Mont-Blanc, Lausanne.
Assoun, P.L., 1980, *Freud et Nietzsche*, PUF, Paris.
Assoun, P.L., 1997, *Freud, filosofia şi filosofii*, Editura Trei, Bucureşti.
Bachelard, G., 1989, *Psihanaliza focului*, Editura Univers, Bucureşti.
Bachelard, G., 1995, *Apa şi visele*, Editura Univers, Bucureşti.
Bachelard, G., 1997, *Aerul şi visele*, Editura Univers, Bucureşti.
Bachelard, G., 1998, *Pământul şi reveriile voinţei*, Editura Univers, Bucureşti.
Badou G., 1999, *Istorii secrete ale psihanalizei*, Editura Amarcord, Timişoara.
Barron, F., 1969, Creative person and creative process, Holt, New York.
Barrucand, D., 1970, *La catharsis dans le théâtre, la psychanalyse et la psychothérapie de groupe*, EPI, Paris.
Baruk, H., 1959, *Traité de psychiatrie*, Masson, Paris, vol. I-II.
Bataglia, S., 1976, *Mitografia personajului*, Editura Univers, Bucureşti.
Baudouin, Ch., 1929, *Psychanalyse de l'art*, F. Alcan, Paris.
Berdiaev, N., 1925, *De la destination de l'homme*, Ed. Je Sers, Paris.
Berdiaev, N., 1996, *Spirit şi libertate*, Paideia, Bucureşti.
Berdiaev, N., 1998, *Cunoaşterea de sine*, Humanitas, Bucureşti.
Berge, A., 1968, *Defectele copilului*, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.
Berge, A., 1968, *Les psychothérapies*, PUF, Paris.
Berge, A., 1972, *Copilul dificil*, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.
Binswanger, L., 1971, *Introduction à l'analyse existentielle*, Ed. du Minuit, Paris.
Blaga, L., 1946, *Trilogia valorilor*, Editura Fundaţiilor Regale, Bucureşti.
Bless, J.H., 1938, *Traité de psychiatrie*, Beyaert, Bruges.
Boigey, M., 1914, *Introduction à la médecine des passions*, F. Alcan, Paris.
Bonhoeffer, K., 1969, *Führerpersönlichkeit und Massewahn*, Springer, Berlin.
Böszörményi-Nagy, I.; Framó, J.L., 1969, *Psicoterapia intensiva della famiglia*, Boringhieri, Torino.

Bouveresse-Quilliot, R.; Quilliot, R., 1991, *Les critiques de la psychanalyse*, PUF, Paris.
Brammer, L.M.; Shostrom, E.L., 1968, *Therapeutic psychology*, Prentice-Hall, New York.
Brès, Z., 1985, *Critiques des raisons psychanalytiques*, PUF, Paris.
Brown, J.A.C., 1963, *Techniques of persuasions*, Penguin Books, Harmondsworth.
Carrier, J.P., 1968, *L'inconscient et la psychanalyse*, PUF, Paris.
Ceranetti, G., 2002, *Tăcerea trupului*, Humanitas, Bucureşti.
Chazaud, J., 1974, *Les constetations actuelles de la psychanalyse*, Privat, Toulouse.
Chevalier, J.; Gheerbrant, A., 1982, *Dictionnaire des symboles*, Laffont, Paris.
Clément, C.B.; Bruno, P.; Sève, L., 1975, *Pentru o critică marxistă a teoriei psihanalitice*, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.
Cooper, D., 1970, *Psychiatrie et antipsychiatrie*, Ed. du Seuil, Paris.
Corman, L., 1973, *L'education éclairée par la psychanalyse*, Ch. Dessart, Bruxelles.
Daco, P., 1966, *Les triomphes de la psychanalyse*, Narabout Service.
Damaye, H., 1934, *Psychiatrie et civilisation*, F. Alcan, Paris.
Debray-Ritzen, P., 1991, *La psychanalyse, cette imposture*, A. Michel, Paris.
Dejours, C., 1989, *Recherches psychanalytiques sur le corps*, Payot, Paris.
Delaisi, F., 1932, *Les contradictions du monde moderne*, Payot, Paris.
Deleuze, G.; Gauttari, F., 1972, *L'anti-Oedipe*, Les Ed. du Minuit, Paris.
Dide, M., 1935, *L'hystérie et l'évolution humaine*, Flammarion, Paris.
Dolto, F., 2000, *Un psihanalist vă răspunde*, Ed. Trei, Bucureşti.
Dracoulidés, N.N., 1952, *Psychanalyse de l'artiste et de son oeuvre*, Ed. Mont-Blanc, Genève.
Druţă, F., 1982, *Marxism şi freudo-marxism*, Editura Politică, Bucureşti.
Druţă, F., 1994, *Cultură şi psihanaliză*, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.
Durand, G., 1977, *Structurile antropologice ale imaginarului*, Editura Univers, Bucureşti.
Enăchescu, C., 1966, „Arta ca metodă complexă de psihoterapie ocupaţională", în *Revista de psihologie*, 12, 2.
Enăchescu, C., 1966, „Terapia ocupaţională prin intermediul artei", în *Neurologia*, 11, 1.
Enăchescu, C., 1972, *Psihopatologia expresiei plastice (Aspectele psihopatologice ale activităţii şi creaţiei plastice)*, Teză de Doctorat în Medicină, IMF, Bucureşti.
Enăchescu, C., 1995, *Contribuţii la studiul mecanismelor simbolice cerebrale (Aspecte neuropsihologice normale şi patologice)*, Teză de Doctorat în Psihologie, Universitatea Bucureşti.
Enăchescu, C., 1995, „Reflecţii psihanalitice pe marginea «Divinei Comedii»", în *Paideia*, 2.
Enăchescu, C., 1995, *Socrate*, Editura Odeon, Bucureşti.
Enăchescu, C., 1997, *Experienţa vieţii interioare şi cunoaşterea de sine (De la Socrate la Freud)*, Editura Fast Print, Bucureşti.
Enăchescu, C., 2001, *Psihosexologie*, Ed. Universal-Dalsi, Bucureşti.
Enăchescu, C., 2001, *Tratat de psihopatologie*, Ed. Tehnică, Bucureşti.
Enăchescu, C., 2002, *Tratat de psihologie morală*, Ed. Tehnică, Bucureşti.
Enăchescu, C., 2003, *Fenomenologia nebunieĭ*, Ed. Paideia, Bucureşti.
Favez, G., 1986, *Psychanalyse, où est-tu ?*, Payot, Paris.
Fernandez-Zoïla, A., 1996, *Freud şi psihanalizele*, Editura Humanitas, Bucureşti.
Franck, D., 1981, *Chair et corps*, Les Ed. du Minuit, Paris.
Frankel, C., 1973, „The nature and sources of irrationalism", în *Science*, 180.
Freud, A., 1930, *Einführung in die Psychoanalyse für Pädagogen*, Hippokrates Verlag, Stuttgart şi Leipzig.
Freud, A., 1979, *The Ego and the mechanism of defence*, Int. Univ. Press, New York.

Freud, S., 1926, *Cinq leçons sur la psychanalyse*, Payot, Paris.
Freud, S., 1926, *Introduction à la psychanalyse*, Payot, Paris.
Freud, S., 1926, *La psychopathologie de la vie quotidienne*, Payot, Paris.
Freud, S., 1926, *La science des rêves*, F. Alcan, Paris.
Freud, S., 1926, *Tabou et Totem*, Payot, Paris.
Freud, S., 1927, *Essai sur la psychanalyse*, Payot, Paris.
Freud, S., 1930, *Das Umbehangen in der Kultur*, Int. Psychoanal. Verlag, Viena.
Freud, S., 1992, *Abrégé de psychanalyse*, PUF, Paris.
Freud, S., 1992, *Les techniques psychanalitiques*, PUF, Paris.
Freud, S., 1993, *Autobiografie*, Editura Ştiinţifică, Bucureşti.
Freud, S.; Hemmung, 1926, *Symptom und Angst*, Int. Psychoanal Verlag, Viena.
Fromm, E., 1967, *The sane society*, Fowcette Publ., Greenwich.
Fromm, E., 1970, *Les crises de la psychanalyse*, Denöel, Paris.
Fromm, E., 1998, *Frica de libertate*, Editura Teora, Bucureşti.
Fromm, E., 1980, *Grandeur et limites de la pensée freudienne*, Laffont, Paris.
Frosh, S., 1991, *Identity crisis*, Routledge, New York.
Genette, S., 1994, *Introducere în arhitext*, Editura Univers, Bucureşti.
Gerin, P.; Vignat, J.P., 1984, *L'identité du psychothérapeute*, PUF, Paris.
Girardet, R., 1979, *Mituri şi mitologii politice*, Institutul European, Iaşi.
Greenson, R.R., 1977, *Tehniques et pratiques de la psychanalyse*, PUF, Paris.
Grinker, R.R.; Robbins, F.P., 1959, *Cliniques psychosomatiques*, PUF, Paris.
Guelfi, J.D.; Boyer, P.; Consoli, S.; Olivier-Martin, R., 1987, *Psychiatrie*, PUF, Paris.
Gusdorf, G., 1969, *La révolution galiléenne*, Payot, Paris, vol. II.
Gusdorf, G., 1973, *L'avénement des sciences humaines au siècle des lumières*, Payot, Paris.
Haynal, A., 1987, *La technique en question*, Payot, Paris.
Held, R.R., 1973, *L'oeil du psychanalyste*, Payot, Paris.
Helmchen, H.; Linden, M.; Rüger, U., 1982, *Psychotherapie in der psychyatrie*, Springer, Berlin.
Hensie, L.E.; Campbell, R.J., 1975, *Psychiatric Dictionary*, Oxford Univ. Press, Londra.
Hesnard, A., 1926, *La vie et la mort des instincts*, Stock, Paris.
Hesnard, A., 1933, *Traité de sexologie*, Payot, Paris
Holton, G., 1981, *L'imagination scientifique*, Gallimard, Paris.
Horney, K., 1998, *Conflictele noastre interioare*, Editura IRI, Bucureşti.
Horney, K., 1995, *Direcţii noi în psihanaliză*, Editura Univers Enciclopedic, Bucureşti.
Horney, K., 1996, *Personalitatea nevrotică a epocii noastre*, Editura IRI, Bucureşti.
Howells, J.G., 1975, *Principles of family psychiatry*, Pitman Medical, New York.
Hufnagel, E., 1981, *Introducere în hermeneutică*, Editura Univers, Bucureşti.
Jacobi, J., 1961, *Complexe, arhetype, symbole*, Ed. Déchaux et Niestlé, Neuchâtel.
Jaspers, K., 1960, *Autobiographie philosophique*, Paris.
Jung, C.G., 1933, *L'inconscient*, Payot, Paris.
Jung, C.G., 1942, *Psychologie und Religion*, Rascher Verlag, Zürich.
Jung, C.G., 1997, *Imaginea omului şi imaginea lui Dumnezeu*, Editura Teora, Bucureşti.
Jung, C.G., 1964, *Man and his symbols*, Doubleday, New York.
Jung, C.G., 1981, *Modern man in search of a soul*, Routledge and Kegan Paul, Londra.
Jung, C.G., 1996, *Psihologie şi alchimie*, Editura Teora, Bucureşti, vol. I-II.
Jung, C.G., 1997, *Personalitate şi transfer*, Editura Teora, Bucureşti.
Jung, C.G., 1997, *Tipuri psihologice*, Editura Humanitas, Bucureşti.

Jung, C.G. ; Kerenyi, K., 1994, *Copilul divin. Fecioara divină*, Editura Amarcord, Timişoara.
Kant, I., 1924, *Prolegomene la orice metafizică viitoare care se va putea înfăţişa ca ştiinţă*, Editura Cultura Naţională, Bucureşti.
Kierkegaard, S., 1949, *Traité du désepoir*, Gallimard, Paris.
Lacan, J., 1966, *Ecrits*, Ed. Du Seuil, Paris.
Laforgue, R. ; Allendy, R., 1924, *La psychanalyse et les névroses*, Payot, Paris.
Laforgue, R., 1926, *Le rêve et la psychanalyse*, Maloine, Paris.
Laforgue, R., 1963, *Psychopatologie de l'écheque*, Payot, Paris.
Lagache, D., 1973, *La psychanalyse*, PUF, Paris.
Laingel-Lavastine, A., 1938, „Les épidémies de démonopathies", în *Sem. Hôp.*, 14, 17.
Lange-Eichbaum, W., 1942, *Genie, Irrsin und Ruhm*, Verlag E. Reinhard, München.
Langen, D., 1971, *Psychothérapie*, DTV, München.
Lapassade, G., 1963, *L'entrée dans la vie*, Ed. du Minuit, Paris.
Laplanche, J. ; Pontalis, J.B., 1994, *Vocabularul psihanalizei*, Editura Humanitas, Bucureşti.
Larchet, J.C., 1997, *Terapeutica bolilor mintale*, Editura Harisma, Bucureşti.
Lazura, M., 1997, *Invenţia trupului*, Editura Anastasia, Bucureşti.
Le Gendre, P., 1931, *La vie du médecin*, Maloine, Paris.
Lhermitte, J., 1938, „Les possédés de démon", în *Sem. Hôp.*, 14, 17.
Leonard, D., 1975, *Public opinions and propaganda*, Cresset Press.
Lévi-Strauss, Cl., 1978, *Antropologie structurală*, Editura Politică, Bucureşti.
Lévi-Valensi, J., 1938, „La possession en Provence au XVII siècle", în *Sem. Hôp.*, 14, 17.
Lilar, S., 1963, *Le couple*, Grasset, Paris.
Lintvelt, J., 1994, *Punctul de vedere*, Editura Univers, Bucureşti.
Malinowski, B., 1932, *La sexualité et sa repression dans les sociétés primitives*, Payot, Paris.
Manoni, M., 1970, *Le psychiatre, son „fou" et sa psychanalyse*, Editions du Seuil, Paris.
Marcuse, H., 1996, *Eros şi civilizaţie*, Editura Trei, Bucureşti.
Maritain, J., 1925, *Trois réformateurs*, Plon, Paris.
Maritain, J., 1939, *Quatre essais sur l'esprit dans sa condition charnelle*, Désclée de Brouwer, Paris.
Mauco, G., 1968, *Psychanalyse et éducation*, Aubier, Paris.
Mazeran, V.; Olindo-Weber, S., 1989, *Les déclinaisons du corps*, Editions Hommes et Perspectives, Marseille.
Mende, G., 1971, *La crise des générations*, Payot, Paris.
Menninger, K. ; Menninger, J.L., 1942, *Love against hate*, Harcourt, Bruce and World Inc., New York.
Meynart, G., 1973, „Un psychiatre s'interroge sur sa profession", în *Méd. Hyg.*, 1076.
Mitchell, J., 1982, *Psychanalyse and feminism*, Penguin Books, Harmondsworth.
Muchembled, R., 1997, *Magia şi vrăjitoria în Europa*, Editura Humanitas, Bucureşti.
Mueller, F.L., 1971, *Histoire de la psychologie*, Payot, Paris.
Nacht, S., 1935, *Psychanalyse des psychonévroses et des troubles de la sexualité*, F. Alcan, Paris.
Negulescu, P.P., 1947, *Geneza formelor culturii*, Editura Cugetarea, Bucureşti.
Nin, A., 2002, *Incest*, Humanitas, Bucureşti.
Osterreich, T.K., 1927, *Les possédés*, Payot, Paris.
Parent, P. ; Gonnet, Cl., 1965, *Les écoliers inadaptés*, PUF, Paris.
Pierloot, R., 1956, *Problèmes généraux des psychosomatyques cliniques*, Nauwelaerts, Louvain.
Platon, 1950, *Oeuvres complètes*, Gallimard, Paris, vol. I-II.

Pontalis, J.B., 1997, *După Freud*, Editura Trei, Bucureşti.
Popescu-Sibiu, I., 1947, *Concepţia psihanalitică*, Welther, Sibiu.
Porot, A., 1965, *Manuel alphabétique de psychiatrie*, PUF, Paris.
Postel, J.; Quétel, Cl., 1983, *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Privat, Toulouse.
Prinzhorn, H., 1968, *Bildnerei der Geisteskranken*, Springer, Berlin.
Raglan, L., 1935, *Le tabou de l'inceste*, Payot, Paris.
Rank, O., 1928, *Le traumatisme de la naissance*, Payot, Paris.
Rank, O., 1997, *Dublul Don Juan*, Institutul European, Iaşi.
Rappard, Ph., 1981, *La folie et l'état*, Privat, Toulouse.
Rech, W., 1995, *Funcţia orgasmului*, Editura Trei, Bucureşti.
Riese, W., 1938, *L'idée de l'homme dans la neurologie contemporaine*, F. Alcan, Paris.
Rillaer, J., 1980, *Les illusions de la psychanalyse*, Mardoga.
Ristich de Groote, M., 1967, *La folie à travers les siècles*, Laffont, Paris.
Robert, M., 1983, *Romanul începuturilor. Începuturile romanului*, Editura Univers, Bucureşti.
Robin, G., 1926, *Les haines familiales*, Gallimard, Paris.
Robin, G., 1934, *Les drayes et les angoisses de la jeunesse*, Flammarion, Paris.
Ruch, F.L.; Zimbardo, P.G., 1974, *Lehrbuch des Psychologie*, Springer, Berlin.
Scharff, J.S., 1989, *Foundations object relations family therapy*, J. Aronson Inc., Londra.
Schilder, P., 1968, *L'image du corps*, Gallimard, Paris.
Schultz-Hencke, H., 1954, *Analyse des rêves*, Payot, Paris.
Schützenberg, A.A., 1970, *Précis de psychodrame*, Editura Universitaires, Paris.
Schwartz, P.H., 1933, Freud şi *Dumnezeu*, Editura Cultura Naţională, Bucureşti.
Sendrail, M., 1980, *Histoire culturelle de la maladie*, Privat, Toulouse.
Shapiro, D., 1965, *Neurotic styles*, Basic Books, New York.
Sivadon, P., 1973, *Traité de psychologie médicale*, PUF, Paris, vol. I-III.
Starobinski, J., 1985, *Textul şi interpretul*, Editura Univers, Bucureşti.
Stekel, W., 1939, *Letters à une mère*, Gallimard, Paris.
Stekel, W., 1938, *La femme frigide*, Gallimard, Paris.
Stekel, W., 1999, *Psihologia eroticii masculine*, Ed. Trei, Bucureşti.
Szumowski, W., 1939, *Névroses et psychoses au Moyen Âge et au début des temps modernes*, Hippokrates, Paris.
Tonquedec, J., 1938, *Les maladies nerveuses ou mentales et les manifestations diaboliques*, Beauchesne, Paris.
Tordjman G., 1973, *La maladie conjugale*, Marabout Univ., Paris.
Vinchon, J., 1938, „Les «remedia corporalis» des exorcistes au XVI-e siècle", în *Sem Hôp.*, 14, 17.
Volmat, R., 1956, *L'art psychopatologique*, PUF, Paris.
Winnicott, W., 1971, *L'enfant et sa famille*, Payot, Paris.
Zarifian, E., 1988, *Les jardiniers de la folie*, O. Jacob.
Zweig, St., 1934, *La guérison par l'esprit*, Stock, Paris.

Glosar de termeni

ABREACȚIE : descărcarea, în cursul psihoterapiei, a conținutului emoțional intrapsihic blocat de o defensă, ce are un efect cathartic.

ACT RATAT : eșec sau act greșit de vorbire, scris, acțiune, eroare mnezică ca efect al unui *conflict* sau *complex* reprimat care scapă *cenzurii*, înlocuind în felul acesta actul corect.

ACTIVITATE LUDICĂ : activitate liberă, de joc, capabilă să producă o stare de detensionare și plăcere, lipsită de efort.

ACȚIUNE PSIHOLOGICĂ : activitate motivată, desfășurată spontan sau după un plan prestabilit într-un anumit cadru, plecând de la niște intenții care se vor realiza ca scopuri finale. Se desfășoară sub formă de *scenarii psihologice*, în cadrul cărora fiecare individ are un statut și un rol precis.

AGLUTINARE : mecanism de formare a imaginilor onirice sau artistice prin adăugarea unor elemente diferite în scopul obținerii unor reprezentări simbolice conforme tendințelor proprii subiectului.

AGRESIVITATE : potențial sau dispoziție instinctuală latentă din care se organizează *actul de a ataca* sau *combativitatea* orientate către o persoană, grup, obiect etc., în scop distructiv.

ANALIZĂ : metodă (psiho)terapeutică introdusă de S. Freud, constând în analiza conținutului *inconștientului* (pulsiuni, complexe, conflicte etc.).

ANALOGON : element figurativ concret care înlocuiește un obiect similar din realitate. Este un substitut sau un *simili-obiect*.

ANGOASĂ : stare afectivă negativă care survine brusc, de mare intensitate, manifestată prin neliniște, panică, la care se asociază tulburări neurovegetative și somatice penibile, legate de o situație percepută ca fiind catastrofală (*situație-limită*) care *„închide"* persoana, creând impresia unui pericol grav.

ANOREXIE MINTALĂ : tulburare psihonevrotică constând în refuzul de a se alimenta asociat cu idei delirante raportate la imaginea de sine.

ANTROPOLOGIE PSIHANALITICĂ : ramură a psihanalizei care își propune reconstituirea sintetică a datelor despre om în vederea interpretării naturii umane, a destinului, a formelor de manifestare ale acestuia etc.

ANULARE RETROACTIVĂ : mecanism prin care sunt anulate idei, amintiri etc. cu caracter dezagreabil pentru individ.

APARAT PSIHIC : modelul organizării dinamice a sistemului personalității în instanțe cu un rol precis în activitatea psihică, capabil de a ilustra și de a explica sistemul psihic uman.

APĂRARE : mecanism prin care sunt reduse sau evitate pericolele, reale sau imaginare, care amenință individul.

APETENȚĂ: nevoie, trebuință primară care cere în mod imperios să fie satisfăcută.

ARHETIP: termen introdus de C.G. Jung pentru a desemna conținuturile simbolice ale *inconștientului colectiv* la care se raportează un grup populațional.

ART-TERAPIE: activitate de creație artistică liberă cu rol (psiho)terapeutic și ocupațional, favorizând *descărcarea proiectivă* și *exprimarea* unui conținut conflictual intrapsihic care nu poate fi verbalizat.

ASOCIAȚIE LIBERĂ: metodă folosită în cura psihanalitică (*regula fundamentală*) constând în relatarea directă a tuturor gândurilor legate de un element dat care apar în mod spontan.

AUTORITATE: calitatea unei persoane de a se impune ca prezență, voință, acțiune, control asupra celorlalți. Este considerată ca o formă mascat-sublimată de agresivitate.

CAMELEONISM: atitudinea unei persoane, adoptată în prezența altei sau altor persoane, de *a fi la fel* sau de *a semăna cu* aceasta/acestea în vederea realizării unui acord.

CARENȚĂ: absență sau privațiune emoțional-afectivă, educativă, socială etc., cu efecte negative în formarea personalității individului; în psihanaliză, teama de o *injurie corporală* (pierderea penisului).

CENZURĂ: mecanism fiziologic care interzice dorințelor sau pulsiunilor *inconștientului* de a se actualiza în sfera *Eului* conștient; mecanism de reglare a *regimului pulsional*.

COMPLEX: o stare afectivă puternică care grupează în jurul ei idei, amintiri, reprezentări, atitudini sub forma unor *lanțuri asociative* mai mult sau mai puțin organizate, parțial sau total inconștiente.

COMPLEX DE CASTRARE: complex constituit în jurul fantasmei castrării.

COMPLEX DE CULPABILITATE: complex organizat în jurul ideii de vinovăție, asociat cu teama de pedeapsă.

COMPLEX DE INFERIORITATE: complex centrat pe ideile sau reprezentările de autodepreciere ale individului construite în raport cu sentimentul de inferioritate, de subevaluare de sine.

COMPLEXUL OEDIP: reprezintă atitudinea caracterizată prin atracția copilului față de părintele de sex opus și adversitatea pentru părintele de același sex.

COMPULSIE: comportament al unui individ determinat de o constrângere interioară.

CONCURENȚĂ: acțiune comună a unor persoane sau grupuri cu interese comune sau apropiate, vizând obținerea unor avantaje superioare celor ale altora.

CONDENSARE: mecanism de formare a imaginilor inconștientului (simptome nevrotice, vise, creații artistice etc.) printr-o reprezentare unică plecând de la teme, imagini, motive diferite, rezultând o imagine nouă ca formă și semnificație.

CONDUITĂ: modul de a fi, de a se conduce sau de a acționa conform unei motivații, după un anumit plan, în vederea realizării unor obiective propuse.

CONFLICT: confruntare directă (manifestă) sau ocolită (ocultă) a unor situații intrapsihice contrarii ale individului sau confruntarea dintre un individ și o altă persoană sau grupuri de persoane.

CONFRUNTARE: situație de opoziție de interese sau de atitudini între persoane.

CONSILIERE: tehnică (psiho)terapeutică de orientare și susținere moral-educativă axată pe problemele persoanelor aflate în dificultate, având ca obiectiv susținerea și ghidarea acestora în vederea depășirii dificultăților.

CONSOLARE: atitudine afectivă de susţinere morală şi emoţională a persoanelor aflate în situaţii de *criză morală*.

CONŞTIENT: instanţă a aparatului psihic, corespunzătoare Eului, în raport cu realitatea externă.

CONŞTIINŢĂ MORALĂ: instanţă a aparatului psihic corespunzătoare cu Supra-Eul, care judecă şi sancţionează din punct de vedere psiho-moral şi valoric actele, conduitele, ideile, sentimentele individului.

CONTRA-REACŢIE: atitudine psiho-morală a individului de autoevaluare *post-factum* a reacţiilor, atitudinilor sau conduitelor sale în sfera conştiinţei morale.

CONVERSIUNE: mecanism de formare a simptomelor nevrotice (somatice, motorii, senzitive etc.) cu caracter simbolic, deturnate din sfera psihică în sfera somatică.

DASEINSANALYSE: tehnică de investigare şi (psiho)terapie bazată pe analiza psihobiografică a subiectului, iniţiată de L. Binswanger.

DEFORMARE: mecanism onitic prin care imaginile sau ideile sunt modificate în asemenea măsură, încât nu mai pot fi recunoscute comparativ cu cele de la care s-a plecat.

DEPLASARE: mecanism oniric prin care se operează trecerea de la o reprezentare originară la alta nouă, legată de prima printr-o asociaţie. Această deplasare presupune şi o lărgire sau schimbare a sensului.

DESCĂRCARE: evacuarea energiei pulsionale a inconştientului în exterior.

DETURNARE: schimbarea direcţiei de descărcare a conţinutului pulsional al inconştientului.

DISCURS: vezi *naraţiune*.

DOLIU: trăire sufletească dureroasă consecutivă pierderii sau despărţirii de o persoană de care individul era ataşat şi de care refuză în mod inconştient să se desprindă.

DORINŢĂ: necesitate care se cere imperios a fi satisfăcută; stare de tensiune intrapsihică cauzată de *nevoi* primare ale inconştientului.

DRAMATIZARE: reprezentarea în conţinutul manifest al visului a unei acţiuni sau situaţii în care este implicat subiectul sau care se desfăşoară cu o mare încărcătură sau tensiune emoţional-afectivă, legată de conflictele trăite de acesta.

DUBLET DE PERSOANE: cuplu compensat format din două persoane cu roluri *compensatorii/complementare* reprezentând *părţi ale întregului* (persoanei); o *duplicare* a persoanei pentru a sublinia rolurile şi scopul acţiunii acesteia (Faust-Mefistofeles, Dante-Virgiliu, Romeo-Julieta etc.).

DUBLUL: replica simbolică a persoanei, un *alter-Ego* însoţitor, complementar, adesea cu rol compensator, de călăuză sau de suport.

DURERE: senzaţie fizică neplăcută, dezagreabilă, însoţită de o reacţie afectivă de rău şi suferinţă care produce un disconfort al individului. Opusul ei este *plăcerea*.

EGOISM: atitudine şi grijă a Eului pentru sine însuşi, ca o formă de întoarcere către sine.

ENERGIE PSIHICĂ: potenţialitate psihoenergetică din care se constituie şi care întreţine procesele psihice; sursa pulsiunilor.

EROS: principiul vital sau *pulsiunea de viaţă* pentru S. Freud, care se opune principiului morţii sau *pulsiunii thanatos*.

EROTISM: modalitate de manifestare şi satisfacere libidinală a pulsiunilor.

EŞEC: situaţie de înfrângere, nereuşită a unei acţiuni sau dorinţe, cu consecinţe negative pentru individ; opusul *succesului*.

EUL (EGO): instanţă a aparatului psihic. Polul actual şi conştient al acestuia în raport direct cu realitatea externă, aflat între două *instanţe* care exercită o presiune asupra lui; de jos în sus, *inconştientul* şi, de sus în jos, *Supra-Eul* moral. Eul este mediatorul acestora şi polul defensiv al personalităţii.

EXPERIENŢĂ: totalitatea evenimentelor şi situaţiilor trăite de individ care au fost interiorizate de acesta şi asimilate, devenind propria sa natură.

EXPRESIE: calitatea de a formula şi expune conţinutul intrapsihic al trăirilor individuale într-o manieră personală şi originală.

EXTRAVERTIT: tip psihologic delimitat de C.G. Jung, caracterizat prin deschidere, comunicare, capacitatea de a stabili uşor contacte, activ şi adaptabil la situaţii, cu o mare sensibilitate şi tendinţă la instabilitate emoţională.

FALIC: atribut simbolic care desemnează masculinitatea sau tendinţele masculine.

FALUS: imaginea simbolică a penisului şi funcţiei acestuia pentru a desemna virilitatea.

FANTASMĂ: reprezentare imaginară a unor dorinţe, adesea legate de pulsiunile primare, care nu pot fi realizate decât într-o manieră simbolică de individ. Ele sunt diferite de vise, ocolind barierele care li se pun în realitate satisfacerii dorinţelor.

FIXAŢIE: atitudinea unei persoane constând în ataşamentul intens al libidoului pentru un obiect sau persoană într-un anumit stadiu de dezvoltare, îngustând adaptarea la realitate.

FOBIE: stare afectivă negativă reprezentată printr-o frică cu o temă precisă (obiect, animal, persoană, locuri etc.).

FRUSTRARE: refuzul sau obstacolul impus unei persoane privind satisfacerea unei nevoi sau dorinţe pulsionale.

FUGĂ: atitudine de refugiu, considerată ca simptom nevrotic, prin care persoana caută să se desprindă de propriile sale *probleme* sau *conflicte*.

HIPNOZĂ: stare de somn parţial, indus prin sugestie, în cursul căruia se produce o „permeabilizare" a instanţei de cenzură, favorizând comunicarea cu inconştientul.

HERMENEUTICĂ: tehnică de descifrare a semnificaţiei conţinutului simbolic al contextului (*naraţiune*, *discurs*) psihanalitic al pacientului în cursul curei psihanalitice.

HOMOSEXUALITATE: pervertire a obiectului plăcerii sexuale constând în atracţia sexuală pentru persoane de acelaşi sex: homosexualitatea masculină (pederastia) şi homosexualitatea feminină (lesbianismul).

IATROGENIE: afecţiune somatică sau psihică imaginară, ireală, indusă sugestiv de medici, de personalul de îngrijire medicală, de tratamente sau investigaţii medicale nejustificate şi abuzive.

IDEAL: tendinţă de realizare valorică pozitivă la care aspiră sau se raportează Eul personal sau valoare cu care acesta tinde să se identifice ca un proces de autorealizare.

IDENTIFICARE: mecanism prin care Eul personal asimilează prin imitaţie şi/sau interiorizează un model (impus acestuia sau ales de acesta).

IMAGINAR: sferă a vieţii psihice subiective de manifestare şi trăire liberă a reprezentărilor şi fantasmelor individului.

IMAGO: imaginea unui model originar, specific, servind ca modalitate de atribuire a celuilalt/celorlalţi de către Eul personal.

INCEST: relaţii sexuale interparentale interzise de normele morale, religioase şi sociale, care violează legăturile de rudenie dintre parteneri.

INCONŞTIENT: instanţă a aparatului psihic reprezentând sediul pulsiunilor primare ale individului, al energiei psihice din care se elaborează manifestările persoanei. Pentru S. Freud, inconştientul, instanţă unitară, este sediul pulsiunilor libidinale şi centrul de greutate al aparatului psihic. Pentru C.G. Jung, inconştientul are două secţiuni: *inconştientul personal*, individual, conţinând pulsiunile persoanei, şi *inconştientul colectiv*, cuprinzând *arhetipurile*, reprezentări şi motive simbolice primare universale ale unui grup populaţional.

INHIBIŢIE: mecanism care împiedică satisfacerea pulsională a individului.

INSTINCT: impuls, act automat şi involuntar, model de comportament înnăscut, orientat într-o anumită direcţie ca finalitate, în scopul satisfacerii unei nevoi primare.

INTERIORIZARE: închidere în sine sau întoarcere subiectivă către sine, retragere din faţa unei situaţii ca formă de refugiu în sine.

INTERPRETARE: descifrarea conţinutului simbolic manifest al materialului psihanalitic (discurs, naraţiune, vis etc.) şi redarea semnificaţiei conţinutului latent al acestuia.

INTROIECŢIE: transferul fantomatic din afară în interior de către individ a unor obiecte, situaţii etc.

INTROVERTIT: interiorizat, închis în sine, prudent, puţin comunicativ, calculat, rece, distant, raţional. Unul dintre cele două tipuri psihologice delimitate de C.G. Jung, opusul *extravertitului*.

INVESTIRE: mecanism prin care energia psihică este legată de sau transferată către o reprezentare, un obiect etc.

ISTORIA VIEŢII INTERIOARE: suma experienţelor personale trăite de individ şi interiorizate de acesta în decursul vieţii sale constituind *materialul psihobiografic* de referinţă care explică natura personalităţii sale.

LIBIDO: energie psihică, considerată de S. Freud ca fiind reprezentată de *pulsiunea sexuală*.

LIMBAJ SIMBOLIC: modalitate de exprimare a conţinutului inconştientului sau a formelor de manifestare ale acestuia (vise, creaţie artistică, simptome nevrotice etc.).

MAEUTICĂ: „arta moşitului", metodă folosită de Socrate pentru descoperirea adevărului, a *conceptelor raţiunii* de către interlocutor prin tehnica dialogului dirijat.

MAGNETISM ANIMAL: teorie psiho-vitalistă şi metodă de tratament iniţiată de A. Mesmer urmărind refacerea stării de sănătate prin reechilibrarea magnetismului tulburat al corpului bolnavului.

MASCĂ: imagine sau fel de a se înfăţişa sau de a se prezenta al unei persoane (al Eului personal al acesteia). Pentru C.G. Jung, *masca* reprezintă atitudinea deghizată sau mascată adoptată de o persoană în contrast cu caracteristicile sale reale.

MASOCHISM: perversiune sexuală constând în asocierea plăcerii cu suferinţa sau obţinerea plăcerii prin durere şi suferinţă.

MECANISME DE APĂRARE: operaţii sau acte prin care Eul personal se apără în anumite situaţii.

MECANISME DE AFIRMARE: operaţii sau acte prin care Eul personal se afirmă sau se autovalorizează în anumite circumstanţe.

MELOTERAPIE: numită şi *muzicoterapie*, este tehnica (psiho)terapeutică de relaxare care utilizează muzica.

MIMESIS: atitudine adoptată de Eul personal prin care acesta se pune de acord cu anumite situaţii, persoane etc.

NARAŢIUNE: *discursul* sau relatarea unui subiect, contextul confesiunilor acestuia adresate *analistului* în cursul şedinţelor de terapie analitică.

NARCISISM: întoarcere către sine, închidere în sine ca formă de regresiune prin reîntoarcerea la propria persoană, situaţie echivalentă, pentru S. Freud, cu autoerotismul homosexual.

NEGARE: refuz sau tendinţă de separare manifestată de individ faţă de dorinţele refulate pe care acesta nu le mai poate accepta.

NEVROZĂ: tulburare psihică datorată unei *psihotraume* afective, cu caracter de conflict, care „marchează" psihobiografia individului, manifestându-se prin simptome de natură simbolică, ca forme de exprimare caricaturală a conflictului interiorizat.

OBIECT: obiect real sau imaginar investit cu semnificaţie simbolică prin intermediul căruia se realizează (sau se descarcă energetic) o pulsiune. El este definit în funcţie de natura şi scopul pulsiunii sau ale instinctului.

OPOZIŢIE: atitudine sau poziţie negativă faţă de un stimul, persoană, situaţie, considerate contrarii intereselor proprii, frustrante sau inacceptabile.

ORALITATE: termen care desemnează componentele orale ale sexualităţii, centrate pe stadiul oral al dezvoltării sexuale.

ORGANIZARE LIBIDINALĂ: organizarea libidoului în stadii de evoluţie/maturizare succesive.

ORGASM: momentul de atingere a plăcerii în cursul actului sexual, ca formă de *descărcare/realizare* a pulsiunii sexuale. Momentul de excitaţie sexuală maximă.

ORIENTARE: centrarea atenţiei, a interesului sau focalizarea dorinţei (plăcerii) pulsionale asupra unui obiect, persoane etc.

PERELABORARE: tehnică de interpretare a contextului narativ al subiectului de către psihanalist prin descifrarea semnificaţiei simbolice a acestuia în relaţie cu refulările autorului său.

PERSOANĂ: individul real, „omul în carne şi oase" (Miguel de Unamuno), este Eul individual unic şi irepetabil, omul ca fiinţă individuală cu o identitate determinată, unică.

PERSONAJ: construct simbolic în care *persoana* îşi proiectează propriile sale *probleme*, o *simili-persoană*, substitut al persoanei pe care o înlocuieşte cu o *prezenţă* ce o actualizează. Personajul conservă şi reproduce toate evenimentele trăite anterior de persoană, el fiind *imaginea/ilustrarea trecutului acesteia*.

PERSONALITATE: concept operaţional utilizat în psihologie care desemnează subiectul uman. După Sheldon, ea desemnează unitatea integrativă a unui om cu caracteristicile şi modalităţile sale de comportament.

PERSUASIUNE: metodă de dirijare şi influenţare a celorlalţi prin convingere, apropiată în această privinţă de *sugestibilitate*.

PERVERSIUNE: deturnarea sau abaterea patologică a pulsiunilor sau a tendințelor afective și morale de la modalitatea de utilizare și satisfacere normală a acestora.

PLACEBO: substanță anodină administrată unui bolnav și căreia i se atribuie o valoare terapeutică simbolică, în scopul obținerii unor efecte psihoterapeutice pozitive prin intermediul *sugestiei*.

PLĂCERE: stare afectivă agreabilă de bine și de confort fizic și psihic, oferind satisfacție individului. Opusul ei este *durerea*.

PRECONȘTIENT: instanță a aparatului psihic situată între Eul conștient și inconștient cu rolul de *a cenzura* (permite sau respinge) accesul (satisfacerea) pulsiunilor în exterior.

PROIECȚIE: mecanism psihologic prin care individul atribuie altora caracteristici care-i aparțin lui.

PSIHOBIOGRAFIE: termen introdus de L. Binswanger pentru a desemna viața sufletească ca *istorie biografică* a individului, în special experiențele interioare, de conștiință ale acestuia, considerate ca reprezentând *istoria interioară*.

PSIHOZĂ: tulburare psihică majoră caracterizată prin afectarea gravă a personalității, conștiinței, sferei gândirii și percepțiilor sau a vieții afective care invalidează bolnavul, modificându-i comportamentul și relațiile cu lumea.

RĂSPUNS: înțelegere cooperantă și simpatetică sau interacțiune între două persoane care comunică liber. Dorința de *a răspunde* este o modalitate universală de a se comporta și a acționa în cadrul relațiilor interumane.

REACȚIE: răspunsul, de regulă emoțional-afectiv, la un stimul exterior reprezentat de evenimentele trăite de individ.

REALITATE: lumea obiectivă externă în care există individul și pe care acesta o percepe separată și diferită de el, în afara lui.

REFUGIU: situație de retragere și apărare construită de individ cu rol autoprotector față de *pericole* reale sau imaginare.

REFULARE: acțiune de apărare automată și inconștientă, constând în respingerea în inconștient a pulsiunilor sau dorințelor inacceptabile de către instanța de cenzură a subconștientului, tinzând să se disocieze de acestea.

REFUZ: atitudinea de opoziție, de negare, necolaborare în cursul curei psihanalitice. Vezi *opoziție*, *rezistență*.

REGRESIUNE: întoarcerea la forme sau etape anterioare ale evoluției individuale de viață.

REGULĂ FUNDAMENTALĂ: asociația liberă a ideilor din cursul curei psihanalitice, constând în exprimarea verbală necenzurată a tot ceea ce subiectul gândește.

RELAȚIE: raport sau legătură stabilă între două sau mai multe persoane motivată de interese, afecțiune, tranzacții, circumstanțe de viață etc.

REPETIȚIE: revenire asupra unor idei, obiecte, persoane, situații cu caracter dominant sau obsesiv pentru individ în cursul curei psihanalitice.

REPRESIUNE: procesul activ de eliminare din conștiință a ideilor sau pulsiunilor inacceptabile pentru aceasta.

REVERIE: modalitate de trăire fantasmatică în care individul se pierde în idei, emoții, situații abstracte, dorințe pe care nu le poate realiza direct în viața cotidiană.

REZISTENȚĂ: atitudinea de opoziție față de terapeut ca urmare a refuzului de a se exterioriza al conținutului inconștientului în cursul curei psihanalitice.

ROMAN PSIHANALITIC: narațiune constând în reprezentarea fantasmatică a vieții individului, construită de acesta în virtutea dorințelor sale imaginare, ca o situație de compensare în raport cu situația reală.

SADISM: perversiune sexuală constând în deturnarea utilizării normale a plăcerii prin provocarea de suferințe (dureri) fizice partenerului.

SADOMASOCHISM: perversiune care asociază, în scopul obținerii plăcerii sexuale, a sadismului cu masochismul.

SCENARIU: organizarea planului de desfășurare a unei acțiuni în care fiecare persoană are un statut și un rol precis, în vederea realizării *acțiunii* respective. Toate *acțiunile psihologice* sunt scenarii.

SEPARARE: despărțirea unor persoane a căror legătură constituie o *relație* (cuplu, comunicare, tranzacție etc.) cu efecte negative emoțional-afective.

SEXUALITATE: sfera activității sexuale considerată din punct de vedere biologic, psihologic, medical și social atât sub aspectul normalității, cât și sub cel al patologicului.

SIMBOL: obiect, imagine, reprezentare etc. care sunt investite cu o anumită semnificație, reprezentând un element real pe care-l înlocuiesc ca prezență. Are rol de *purtător de sens* în psihanaliză și în psihoterapie.

SITUAȚIE-DESCHISĂ: concept care desemnează *„deschiderea interioară"* a persoanei prin *„ieșirea"* din realitatea externă, permițând în felul acesta conștiinței o „trăire" dincolo de limitele timpului, ca formă de împlinire interioară plenară a individului.

SITUAȚIE-ÎNCHISĂ: concept care desemnează *„închiderea"* persoanei într-un cerc de obligații ale conștiinței, impunându-i acesteia găsirea și adoptarea unei *soluții* de *„ieșire din situație"*.

SITUAȚIE-LIMITĂ: concept introdus de K. Jaspers pentru a desemna o situație de viață care survine brusc, „rupând" desfășurarea firească a cursului vieții, și care *„închide"* individul, separându-l de lume și obligându-l să adopte o soluție (luptă, culpabilitate, suferință, hazard, moarte).

STILIZARE: redarea într-o formă simplificată, esențială a unui obiect, idee, temă prin reducerea acesteia la structura sa fundamentală care-i exprimă sensul.

SUBCONȘTIENT: vezi *preconștient*.

SUBLIMARE: mecanism constând în deturnarea pulsiunilor refulate, cu caracter egoist, în direcția unor scopuri spirituale mascate, acceptabile (vis, creație artistică, joc etc.).

SUGESTIE: atitudinea de acceptare necondiționată și necritică a unor influențe (idei, stări afective, acte) *venite* sau *impuse* din afara individului.

TENDINȚĂ: orientarea dorințelor, a acțiunii și a conduitelor în vederea realizării practice a unui scop conform cu nevoile pulsionale ale individului.

TENSIUNE PSIHICĂ: încărcătură emoțională a persoanei, opusul stării de epuizare psihică sau de scădere a conținutului afectiv.

TERAPEUT: persoană investită cu calitatea profesională de a aplica metodele de psihoterapie în tratamentul persoanelor cu *probleme* sau cu *tulburări psihice*. Calitatea de terapeut în psihanaliză se obține printr-o pregătire medicală și psihologică de specialitate.

TERAPIE: metodă sau tehnică utilizată în scopul tratării suferinţelor sau a bolilor – somatice, psihice sau psihosomatice – ale unui individ.

TERAPIE ANALITICĂ: psihoterapie constând în aplicarea principiilor psihanalizei în vederea restabilirii echilibrului psihic şi restaurării personalităţii bolnavului.

THANATOS: după S. Freud, desemnează pulsiunea autoagresivă sau pulsiunea de moarte, opusă lui *Eros*, care este pulsiunea de viaţă.

TIP: fel de a fi, constituţie, dispoziţie, model specific cu caracteristici proprii şi stabile. Ansamblu de caractere care comportă o anumită unitate. În psihanalizã, desemnează fie o anumită fixare la un stadiu de dezvoltare libidinală (S. Freud): tip oral, anal, genital etc., fie o anumită rezonanţă în raporturile cu lumea şi cu sine (C.G. Jung): tipul introvertit, tipul extravertit.

TRANSFER: în terapia analitică, desemnează fenomenul de proiecţie a ideilor, emoţiilor, dorinţelor reprezentând trecutul pacientului şi orientate către terapeut. Procesul prin care sunt actualizate dorinţele inconştiente în cadrul relaţiei analitice.

TRANZACŢIONAL: privitor la negociere, dirijare, realizare, considerate ca acţiuni sau procese formativ-terapeutice având ca scop explicarea relaţiei terapeut-pacient şi pacient-realitate (R.R. Grinkers). Face referinţă la *inter-comunicarea* şi *inter-influenţarea* fiecărui membru din grupul relaţional, explicând rolurile şi conduitele neadaptative pe baza experienţelor conflictual-traumatizante din trecut.

TRAUMĂ: injurie, cauză cu efect negativ, patogen, asupra vieţii psihice a individului (psihotraumă), constând în stări emoţionale negative intense, bruşte şi brutale, care surprind individul (panică, spaimă, angoasă etc.). Traumele produc două tipuri de simptome (D.K. Henderson şi R.D. Gillespie): tulburări cerebrale şi tulburări psihonevrotice. Tulburările psihonevrotice pot fi individuale (nevroze) sau colective (psihoze colective).

TRAVALIU ONIRIC: procesul de elaborare a visului. Vezi *vis*.

VIOLENŢĂ: conduită sau acţiune distructivă, auto- sau hetero-personală, ca formă de manifestare a pulsiunii agresive urmărind distrugerea *obiectului* asupra căruia se *descarcă* aceasta. Forme: suicid, criminalitate, viol etc.

VOINŢĂ DE PUTERE: pulsiune spirituală a Supra-Eului (A. Adler) constând în dorinţa de a se impune şi de a-i domina pe ceilalţi. Este echivalentul *voinţei de putere* din filosofia morală a lui F. Nietzsche.

VIS: fenomen psihic perceput ca trăire interioară de către individ în cursul somnului, care constă din scenarii, imagini, emoţii derulate sub formă de *scenarii dramatice*, mai mult sau mai puţin coerente şi reproducând conflicte, psihotraume, frustrări, trăite ca atare sau reproduse într-o manieră compensatoare de către individ. În psihanaliză, visul este „calea regală" de satisfacere sublimată a tendinţelor, pulsiunilor, dorinţelor refulate, prezentate într-o manieră (într-un limbaj) simbolic/ă. Conţinutul visului are valoare în psihoterapia analitică.

COLLEGIUM. Psihologie

au apărut :

Adrian Neculau (coord.) – *Psihologie socială. Aspecte contemporane*
Andrei Cosmovici – *Psihologie generală*
W. Doise, J.-C. Deschamps, G. Mugny – *Psihologie socială experimentală*
Adrian Neculau, Gilles Ferréol (coord.) – *Minoritari, marginali, excluşi*
Constantin Cucoş – *Minciună, contrafacere, simulare. O abordare psihopedagogică*
Mielu Zlate (coord.) – *Psihologia vieţii cotidiene*
R.Y. Bourhis, J.-P. Leyens (coord.) – *Stereotipuri, discriminare şi relaţii intergrupuri*
Serge Moscovici – *Psihologia socială sau maşina de fabricat zei*
Adrian Neculau (coord.) – *Câmpul universitar şi actorii săi*
Adrian Neculau (coord.) – *Psihologia câmpului social. Reprezentările sociale*
J. Barus-Michel, F. Giust-Desprairies, Luc Ridel – *Crize. Abordare psihosocială clinică*
Andrei Cosmovici, Luminiţa Iacob (coord.) – *Psihologie şcolară*
Şerban Ionescu – *Paisprezece abordări în psihopatologie*
Serge Moscovici (coord.) – *Psihologia socială a relaţiilor cu celălalt*
Willem Doise, Gabriel Mugny – *Psihologie socială şi dezvoltare cognitivă*
Ana Stoica-Constantin, Adrian Neculau (coord.) – *Psihosociologia rezolvării conflictului*
André Sirota – *Conduite perverse în grup*
Adrian Neculau, G. Ferréol (coord.) – *Psihosociologia schimbării*
Mircea Miclea – *Psihologie cognitivă. Modele teoretico experimentale*
Mielu Zlate – *Psihologia mecanismelor cognitive*
Gilles Ferréol (coord.) – *Identitatea, cetăţenia şi legăturile sociale*
Mielu Zlate – *Introducere în psihologie*
Ion Dafinoiu – *Elemente de psihoterapie integrativă*
Eva Drozda-Senkowska – *Psihologia socială experimentală*
Cornel Havârneanu – *Cunoaşterea psihologică a persoanei. Posibilităţi de utilizare a computerului în psihologia aplicată*
Steve Duck – *Psihologia relaţiilor interumane. Teorie, concepte şi noţiuni fundamentale*
Valentin Ciocotici, Aurel Stan – *Statistică aplicată în psihologie*
Gilles Ferréol (coord.) – *Adolescenţii şi toxicomania*
Adrian Neculau (coord.) – *Analiza şi intervenţia în grupuri şi organizaţii*
Pierre De Visscher, Adrian Neculau (coord.) – *Dinamica grupurilor. Texte de bază*
Mihaela Roco – *Creativitate şi inteligenţă emoţională*
Jean Delacour – *Introducere în neuroştiinţele cognitive*
Ion Dafinoiu – *Personalitatea. Metode de abordare clinică : observaţia şi interviul*
Septimiu Chelcea – *Un secol de cercetări în psihosociologie*
Aurel Stan – *Testul psihologic. Evoluţie, construcţie, aplicaţii*
Dan Gogleaţă – *Întâlnire cu un psihoterapeut în practica schimbării. Exemple, cazuri, soluţii, comentarii*
Alex Mucchielli – *Arta de a influenţa*

Michel-Louis Rouquette – *Despre cunoaşterea maselor. Eseu de psihologie politică*
Vincent Yzerbyt, Georges Schadron – *Cunoaşterea şi judecarea celuilalt*
Mihai Kramar – *Psihologia stilurilor de gândire şi acţiune umană*
Jean-Claude Abric – *Psihologia comunicării. Teorii şi metode*
Şerban Ionescu, Marie-Madeleine Jacquet, Claude Lhote – *Mecanismele de apărare. Teorie şi aspecte clinice*
Ştefan Boncu – *Psihologia influenţei sociale*
Daniel Gaonac'h, Pascale Larigauderie – *Memorie şi funcţionare cognitivă*
Bruna Zani, Augusto Palmonari – *Manual de psihologia comunităţii*
Ion Dafinoiu, Jenő-László Vargha – *Hipnoza clinică. Tehnici de inducţie. Strategii terapeutice*
Adrian Neculau (coord.) – *Manual de psihologie socială*
Mihaela Vlăsceanu – *Organizaţii şi comportament organizaţional*
Constantin Enăchescu – *Tratat de psihanaliză şi psihoterapie* (ediţia a II-a revăzută şi adăugită)

în pregătire:

Jacques Montangero – *Vix şi cognitie*
Iolanda Mitrofan (coord.) – *Cursa cu obstacole a dezvoltării umane. Psihologie, psihodiagnoză, psihoterapie centrată pe copil şi familie*
Roy Schafer – *Interpretarea psihanalitică a testului Rorschach*
Constantin Enăchescu – *Tratat de psihosexologie*